

# COMUNE DI PAOLA

(Provincia di Cosenza)

Prot. 6569

li, 06 APR. 2015

## AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE PAOLA-CETRARO ASP COSENZA

### Comprendente i Comuni di:

Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, Sangineto, San Lucido

**Comune capofila:** *Paola*

## AVVISO PUBBLICO

### PIANO NON AUTOSUFFICIENZA

### Piano di intervento Servizi di Cura per Persone con disabilità di età non superiore ai 65 anni

**Viste** le Linee Guida della Regione Calabria per la presentazione dei Piani Non Autosufficienza annualità 2013;

**Vista** la DGR Calabria 311/2013 e ss.mm.ii.;

**Visto** l'Accordo di Programma e il regolamento per la gestione integrata degli interventi e dei servizi sociali del Ambito Territoriale Ottimale – Distretto Socio-Assistenziale Paola/Cetraro, approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 17/11/2015, delibera g.c. n. 154 del 19/11/2015;

**Vista** la presa d'atto dell'accordo di programma tra ASP e Comuni del distretto per la realizzazione del servizio di cure domiciliari integrato;

**Vista** la deliberazione di G.C. n. 42 del 23.3.2016;

## SI RENDE NOTO

Che può essere presentata istanza per l'ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per persone con disabilità residenti nell'Ambito Territoriale Ottimale – Distretto Socio-Assistenziale Paola/Cetraro, che abbiano un'età non superiore ai 65 anni e di Assistenza Specialistica scolastica (Integrazione scolastica) per gli alunni con disabilità frequentanti le Scuole

dell'obbligo residenti nell'Ambito Territoriale Ottimale – Distretto Socio-Assistenziale Paola/Cetraro.

L'istanza redatta su modello conforme all'allegato "A" dovrà essere presentata agli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni di residenza, tramite protocollo.

Nel caso in cui le richieste siano superiori all'effettiva disponibilità finanziaria assegnata al Distretto, verrà predisposta una graduatoria/lista d'attesa nel rispetto dei seguenti criteri, in ordine di priorità:

1. Maggiore bisogno (verificato attraverso il monte ore settimanale di assistenza socio-assistenziale assegnato all'utente in sede di valutazione da parte dell'UVM/NPI);
2. Reddito più basso (valore ISEE).

I moduli di domanda potranno essere richiesti presso gli Uffici di Servizi Sociali o scaricati dai siti internet istituzionali dei Comuni dell'Ambito Territoriale Ottimale – Distretto Socio-Assistenziale Paola/Cetraro.

A tal fine, la documentazione da allegare all'istanza è la seguente:

1. Dichiarazione Sostitutiva Unica, completa di attestazioni ISEE del nucleo familiare relativa ai redditi conseguiti nell'anno 2014 in corso di validità;
2. Documento di riconoscimento valido e Tessera Sanitaria (fotocopia);
3. Documentazione Sanitaria (Verbale di Invalidità e/o Certificazione medica e/o S.Va.M.Di. e/o Diagnosi funzionale, ecc.).

Il possesso dei requisiti, l'inserimento e il piano di intervento per ogni singolo utente saranno a carico dell'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) e/o delle N.P.I. (Neuro Psichiatria Infantile) di riferimento dell'Ambito Territoriale Ottimale – Distretto Socio-Assistenziale Paola/Cetraro, a cui prenderà parte, come da Accordo di Programma, anche un Assistente Sociale per i Servizi Sociali dei Comuni.

Le prestazioni domiciliari socio-assistenziali e quelle di assistenza specialistica saranno erogate gratuitamente ai soggetti il cui reddito non superi la soglia prevista dalla normativa vigente per l'accesso gratuito ai servizi socio-assistenziali. Per condizioni economiche superiori ai limiti di cui sopra, i richiedenti potranno essere ammessi al servizio previa compartecipazione, come da Delibera di G.C. di Paola – n .41 del 23.03.2016.

È possibile accedere al servizio in parola anche in assenza di attestazione ISEE dichiarando tale volontà e accettando di compartecipare al servizio nella massima quota prevista dalle disposizioni vigenti.

Saranno escluse le istanze:

- pervenute fuori i termini indicati nel presente bando;
- presentate da soggetto non ammissibile;
- non debitamente sottoscritte dal soggetto richiedente.

L'istanza dovrà essere presentata agli uffici dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza a mezzo protocollo entro e non oltre le 13:30 del 06.05.2016.

L'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune dove verrà presentata istanza avrà cura di verificare la presenza di tutti i documenti richiesti. Ove venisse rilevata la mancanza ovvero l'insufficienza di uno dei documenti sopra elencati, sarà ammessa integrazione agli stessi, per una sola volta, entro il termine massimo di gg. 10 decorrenti dalla data di avvenuta richiesta della stessa da parte dell'Ufficio del Piano di Zona.

I dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di gestione del beneficio in oggetto e di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Il presente avviso viene trasmesso, per la pubblicazione all'Albo Pretorio di questo Comune nonché sul sito istituzionale dell'Ente.

Gli interessati potranno prendere visione dell'avviso e dell'allegato anche consultando il sito Internet del comune [www.comune.paola.cs.it](http://www.comune.paola.cs.it) o presso gli uffici del Servizio Sociale Comunale di Paola.

Responsabile del Procedimento: Dr. Gianfranco Scerra.

Paola 06 APR. 2016



IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO PIANO

DOTT. GIANFRANCO SCERRA

ALLEGATO "A"  
AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per persone con disabilità under 65 e Assistenza Specialistica per integrazione scolastica – Piano Non Autosufficienza Annualità 2013

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_.

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SERVIZIO IN OGGETTO**

PER SE STESSO/A

PER IL/LA SIG/RA

PER IL/LA MINORE

\_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art.76), che il nucleo familiare dell'assistito è così composto (compreso l'assistito):

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

--	--	--	--

Inoltre, occorre allegare alla presente:

1. Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare – Redditi del 2014;
2. Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia);
3. Documentazione sanitaria di cui al relativo bando;
4. In caso di dichiarazione da persona delegata è richiesto anche Documento di riconoscimento in corso di validità dello stesso.

Luogo e data

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **BARRARE E SOTTOSCRIVERE SOLO IN CASO AFFERMATIVO**

- Dichiaro di non voler presentare attestazione ISEE e, pertanto, accetto che, se dovessi accedere al servizio, la mia compartecipazione economica allo stesso sarà alla massima quota prevista dalle vigenti disposizioni.

Luogo e data

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI**

Ai sensi e per gli effetti del DLgs, 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara, inoltre, di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazione rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell’amministrazione comunale.

Luogo e data

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_