

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

COMUNI DI ACIREALE (CAPOFILA),
ACIBONACCORSI, ACICASTELLO, ACICATENA, ACI S. ANTONIO,
SANTA VENERINA, ZAFFERANA

LEGGE 328/2000

PROGETTO ASSISTENZA DOMICILIARE AI DISABILI GRAVI ADULTI E MINORI “VERSO UN DOPO DI NOI DENTRO E FUORI CASA”

AVVISO

Si porta a conoscenza della cittadinanza che, in riferimento alla legge 328/2000 e al Piano di Zona del Distretto Socio-Sanitario n.14, approvato con accordo di programma del 14.08.2009, è stata prevista la realizzazione di servizi ed interventi socio-sanitari nei Comuni di Acireale (Comune capofila), Acibonaccorsi, Acicastello, Acicatena, Aci S. Antonio, Santa Venerina, Zafferana.

Tra questi, il progetto di Assistenza Domiciliare ai Disabili Gravi – progetto “Verso un dopo di noi dentro e fuori casa” rivolto allo sviluppo dell’autonomia e dell’integrazione della persona disabile attraverso:

- prestazioni di aiuto domestico;
- prestazioni di igiene e cura della persona;
- prestazioni di accompagnamento, trasporto e disbrigo pratiche.

Destinatari: destinatari del servizio sono le persone disabili gravi, adulti e minori, residenti nei Comuni del Distretto che si trovino nelle condizioni previste dall’art.3 comma 3 legge 104/92.

Requisiti e modalità di accesso: per accedere al servizio è richiesta la presentazione **entro il termine del 30 settembre 2013** di apposita istanza, formulata secondo il modello da ritirare presso l’Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza, in cui dovranno essere dichiarati:

1. il possesso dei requisiti previsti dall’art.3 comma 3 della legge 104/92 e/o dell’invalidità;
2. autocertificazione dell’indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) anno 2012;
3. copia documento di riconoscimento in corso di validità;
4. altri documenti utili a comprovare particolari condizioni di disagio.

Ammissione: i soggetti richiedenti saranno ammessi al servizio secondo l’ordine della graduatoria annuale, formulata in base alla disabilità, al contesto familiare, alla situazione economica, abitativa e assistenziale e nel numero massimo dei destinatari come determinato dal rapporto tra prestazioni richieste e il monte ore disponibile, secondo capitolato. La gratuità o compartecipazione al costo dei servizi è disciplinata secondo la normativa vigente.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi, nei giorni di ricevimento del pubblico, agli Uffici del Servizio Sociale del Comune di residenza.

IL PRESIDENTE
DEL COMITATO DEI SINDACI
Nino Garozzo

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14
COMUNI DI ACIREALE- ACIBONACCORSI – ACICASTELLO –ACICATENA-
ACI SANT'ANTONIO- SANTA VENERINA – ZAFFERANA ETNEA

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI
ACI CASTELLO

Oggetto : Piano di zona Legge 328/2000- Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa – Anno 2013

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ___/___/_____ a _____ residente in _____

Via _____ n° _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono _____

nella qualità di _____ familiare convivente/non convivente
di _____

nat _____ a _____ il _____ residente in _____

Via _____

CHIEDE

di poter usufruire per il Sig. /la sig.ra _____
del servizio di **assistenza domiciliare ai disabili gravi verso un "dopo di noi" dentro e fuori casa**, per l'anno 2013/2014:

prestazioni di aiuto domestico
prestazioni di igiene e cura

prestazioni di accompagnamento, trasporto e disbrigo pratiche

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità
- Certificazione sanitaria (Mod. A)

Data _____

IL RICHIEDENTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati

Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa -
Anno 2013/2014

Autocertificazione ai sensi dell' art. 76 DPR n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ___/___/_____ a _____ residente in _____

Via _____ n° _____ nella qualità di familiare _____

del Sig./Sig.ra _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR n° 445/2000)

DICHIARA

1. che Il Sig./sig.ra _____ é residente nel Comune di _____ ed è in possesso della certificazione Legge 104/92 art. 3 comma 3
2. che il suo nucleo è così composto:

COGNOME E NOME	DATA	LUOGO DI NASCITA	REL. DI PARENTELA

3. che nel suddetto nucleo familiare sono presenti ulteriori n. _____ portatori di Handicap certificati L.104/92 art. 3 comma 3 o in possesso di invalidità civile non inferiore al 100% come da Verbale Invalidi Civili
4. che l'Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) relativo ai redditi dell'Anno 2012 riguardante il nucleo e ogni componente del nucleo familiare è pari ad € _____ ;
5. che l'abitazione è : in locazione proprietà uso gratuito
 presenta barriere architettoniche
6. che ha beneficiato non ha beneficiato del Bonus socio-sanitario Anno 2011
7. che usufruisce non usufruisce di assistenza semiresidenziale
8. che l'unico familiare presente nel nucleo familiare svolge attività lavorativa
9. di essere a conoscenza che in presenza di prestazioni assistenziali a domicilio a carico dei servizi si dovrà optare per mantenerne uno solo
_____ li _____

IL DICHIARANTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati

Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa – Anno 2013

CERTIFICAZIONE SANITARIA

Certifico che il /la Sig. _____

nat ____ a _____ il _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

risulta essere:

incapace di deambulare

affetto da malattie degenerative/oncologiche/mentali/ altra grave
patologia invalidante _____

_____ li _____

Il Medico Curante
(Timbro e Firma)