

COMUNE DI POLIZZI GENEROSA
Prov. di Palermo

Oggetto: Piano di zona 2013/2015 – 2[^] Annualità – Attivazioni n. 7 e 7 bis.
“ Assistenza domiciliare”

SI RENDE NOTO

Che è indetto avviso pubblico per l’inserimento nella graduatoria degli aventi diritto al servizio di assistenza domiciliare, mediante il rilascio di buoni servizio **voucher** - per l'acquisto delle prestazioni domiciliari presso gli Enti iscritti nell'apposito Albo Distrettuale, in attuazione al Piano di Zona 2013/2015 – 2[^] annualità - Azione n. 7 e 7 bis per l'anno 2019.

Requisiti per l'ammissione al servizio:

- sono destinatari del servizio i cittadini residenti in Polizzi Generosa, che abbiano compiuto il 55[^] anno di età (se donne) e 60[^]anno di età(se uomini), che si trovino nella condizione di avere necessità di aiuto a domicilio per il soddisfacimento dei bisogni essenziali relativi alla cura delle persone, al governo della casa secondo un criterio di priorità esclusivamente determinato dall'effettivo stato di bisogno della persona e del suo nucleo familiare.

In particolare sono destinatari :

1. persone che vivono da sole o in coppia, in condizione di isolamento, parzialmente o totalmente non autosufficiente.
2. soggetti disabili limitatamente a situazioni di bisogno certificate dalle competenti autorità sanitarie, non percettori di indennità di accompagnamento.
3. soggetti già in carico ai servizi sanitari o infermieristici che necessitano di interventi integrativi assistenziali.

Graduatoria:

- sulla base delle istanze pervenute sarà formulata la graduatoria secondo i criteri di cui al regolamento C.C. n. 72 del 19/08/2012, parte seconda allegato A);

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente sull'apposita modulistica fornita dall'Ufficio Servizi Sociali, dovrà pervenire entro il 18/02/2019, pena esclusione, corredata dai seguenti documenti:

- **Certificazione I.S.E.E in corso di validità;**
- **Certificazione attestante la parziale o totale non autosufficienza (invalidità civile o legge 104);**
- **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.**

Polizzi Generosa lì 25/01/2019

F.to

Il Responsabile dell'Area
D.ssa Gandolfa Ferruzza

**AL SIG. SINDACO
 DEL COMUNE DI POLIZZI GENEROSA**

RISERVATO ALL'UFFICIO

Istanza presentata alla Municipalità

Istanza pervenuta tramite _____
 Prot. n° _____ del _____

**ATTENZIONE : LEGGERE ATTENTAMENTE E COMPILARE IN MODO CHIARO E COMPLETO,
 UTILIZZANDO CARATTERI MAIUSCOLI**

Cognome Nome

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale , Tel. _____,
 chiede il Servizio di Assistenza Domiciliare per anziani, mediante voucher, per l'anno 2019 e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali che assume ai sensi dell'art. 76 (L) del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- 1) Di essere cittadino _____;
- 2) Di essere nato/a a _____ il _____;
- 3) Di essere residente a Polizzi Generosa, in via _____ n. _____;
- 4) Di avere i seguenti figli viventi (sia legittimi, sia naturali, sia adottati, sia legittimati) e non coabitanti anagraficamente col sottoscritto:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA

5) Di rinunciare ad usufruire, nell'anno in corso, ad altri servizi socio-assistenziali erogati dalla Pubblica Amministrazione, in caso di accoglimento della presente istanza;

6) Nessun componente il proprio nucleo familiare anagrafico usufruisce, nell'anno in corso, di servizi sociali di natura economica erogati dalla Pubblica Amministrazione;

7) Di essere consapevole che in rapporto all'ISEE, può essere obbligato al pagamento della quota di compartecipazione per il servizio di assistenza domiciliare;

Allega, ai fini della opportuna valutazione, certificazione di invalidità, con la quale viene riconosciuta al sottoscritto, dalla Commissione per l'invalidità civile (A.S.P.), una percentuale di invalidità non inferiore al 67% (**barrare la casella solo se ricorre tale condizione**);

Allega, ai fini della opportunità valutazione, n° _____ certificazioni di invalidità, con le quali viene riconosciuta, dalla Commissione per l'invalidità civile (A.S.P.), una percentuale di invalidità non inferiore al 67% a componenti il proprio nucleo familiare e/o a propri figli non coabitanti anagraficamente (**barrare la casella solo se ricorre tale condizione**);

Allega, inoltre, la seguente documentazione:

1. Certificazione ISEE
2. Fotocopia documento di riconoscimento

Il/la sottoscritto/a si impegna a rendersi reperibile alla visita domiciliare da parte del Servizio Sociale e a comunicare per iscritto, al Servizio Sociale, eventuale prolungate assenze dalla propria residenza che potessero rendere impossibile la visita domiciliare.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 675/96 "tutela della privacy, art.10).

Si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione Comunale eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato.

Il/la sottoscritto/a dichiara infine: 1) che tutti i dati su indicati corrispondono a verità; 2) di essere consapevole delle responsabilità che si assume, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci; 3) di essere a conoscenza che sui dati dichiarati saranno effettuati controlli diretti ed indiretti anche ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000; 4) di essere consapevole che, nel caso venissero riscontrate dichiarazioni mendaci, decadrà dal beneficio eventualmente ottenuto.

Polizzi Generosa, _____

FIRMA _____