



B A N D O

**per l'assegnazione di buoni di servizio (voucher)
assistenza domiciliare socio-assistenziale ad anziani non autosufficienti in ADI**

Il Presidente del Comitato dei Sindaci

Visto il Regolamento distrettuale per l'accesso ai servizi e prestazioni assistenziali domiciliari ADI approvato dal Comitato dei Sindaci con Deliberazione n. 3 del 18.11.2013;

Vista la deliberazione del Comitato dei Sindaci n. 2 del 15.05.2019 con la quale vengono apportate modifiche al Regolamento "Servizio assistenza domiciliare integrata (ADI)- Criteri per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari attraverso la procedura di erogazione dei buoni di servizio;

Richiamata la deliberazione del Comitato dei Sindaci n. 4 del 27.09.2021 con la quale è stata approvata l'istanza di accesso alle "Azioni a sportello" del Piano d'intervento servizi di cura per gli anziani non autosufficienti;

Dato atto che l'Autorità di Gestione del Programma Nazionale dei Servizi di Cura alla prima infanzia e agli anziani non autosufficienti ha approvato, con il decreto n.3552 del 08.11.2021 il finanziamento degli interventi al Comune di Enna in qualità di Comune Capofila del distretto socio sanitario D22;

RENDE NOTO

che il Distretto Socio-Sanitario intende avviare il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti, attraverso la procedura di erogazione di buoni di servizio (voucher).

Destinatari del servizio

Il servizio A.D.I. è destinato a soggetti anziani ultra sessantacinquenni, in possesso dell'ISEE non superiore a €9.000,00 e in condizione di non autosufficienza, totale o parziale, temporanea o protratta, derivante da condizioni di bisogno, per i quali l'ASP ha attivato le cure domiciliari.

Non hanno diritto ai buoni sociali i soggetti ospiti di strutture residenziali.

Presentazione istanze

L'istanza per la richiesta del servizio, predisposta su appositi moduli messi a disposizione dai Servizi sociali dei Comuni, o presso i PUA dell'ASP, dovrà pervenire al Comune di residenza, corredate dalla seguente documentazione:

- Certificazione medica, redatta dal medico curante, attestante la necessità di usufruire del servizio;
- Copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità.

L'assegnazione sarà effettuata dall'UVM del Distretto socio-sanitario fino alla concorrenza del monte ore finanziato.

**L'Assessore delegato dal Presidente del Comitato dei Sindaci
del Comune Capofila di Enna
f.to Avv. Gianpiero Cortese**



Ufficio del Piano di Zona
^^^^

Modello richiesta

ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI in ADI – PAC ANZIANI AZIONI A SPORTELLO

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

nato/
a

il / / 1 9

e residente in Valguarnera Caropepe, via/piazza/c.da

n.

telefono

Codice fiscale

al fine di poter fruire del servizio di “Assistenza domiciliare anziani in ADI” e consentire all’Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza la valutazione delle condizioni socio-economiche per l’eventuale intervento di sostegno, e consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

che il proprio tutore/amministratore di sostegno è il Sig./Sig.ra _____

residente a _____, Via _____ n. _____

recapito telefonico _____

di percepire le seguenti indennità non soggette ad IRPEF

pensione estera

pari a € (annui)

altro _____ pari a € (annui)

che il reddito ISEE per l'anno 2021 è pari ad €

Informa inoltre che i familiari più prossimi non conviventi (è obbligatoria la compilazione) sono:

N.	Cognome	Nome	Telefono	Residenza	parentela
1					
2					
3					

Che il proprio medico curante è il Dott.

Cognome

Nome

Che per l'esecuzione delle prestazioni indica il seguente ente accreditato

Cooperativa

Io sottoscritto consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver compilato il presente modello di richiesta, e che quanto in essi espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.ii.mm. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- Certificazione del medico di medicina generale che attesti la condizione di non autosufficienza;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- Isee in corso di validità.

Luogo e data

Il Dichiarante
