

Re



**DISTRETTO  
SOCIO  
SANITARIO N.27**

Milazzo- capofila, Condò, Gualtieri Sicaminò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina,  
S.Filippo del Mela, S. Lucia del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Torregrotta, Valdina, Venetico  
**Ufficio Piano**

**Oggetto:** Legge 328/00- Integrazione al Piano di Zona 2013/2015.

Avviso Pubblico per la presentazione istanze di ammissione utenti al servizio di  
assistenza domiciliare anziani del Distretto socio sanitario 27.

Richiesta pubblicazione Albo Pretorio on-line.

Comunicazione a mezzo e-mail

Al Signor Sindaco del Comune di Milazzo  
Al signor Sindaco del Comune di Condò  
Al signor Sindaco del Comune di Gualtieri Sicaminò  
Al signor Sindaco del Comune di Monforte S. Giorgio  
Al signor Sindaco del Comune di Pace del Mela  
Al signor Sindaco del Comune di Roccavaldina  
Al signor Sindaco del Comune di S. Filippo del Mela  
Al signor Sindaco del Comune di S. Lucia del Mela  
Al signor Sindaco del Comune di S. Pier Niceto  
Al signor Sindaco del Comune di Spadafora  
Al signor Sindaco del Comune di Torregrotta  
Al signor Sindaco del Comune di Valdina  
Al signor Sindaco del Comune di Venetico

Si comunica che con determinazione dirigenziale n. 467 -1191 del 02-07-2019 è stato  
approvato l'avviso pubblico e lo schema di domanda per la presentazione delle istanze  
per l'ammissione al Servizio di Assistenza domiciliare anziani del Distretto socio sanitario  
27, relativo all'Integrazione al Piano di Zona 2013/2015. Pertanto si trasmette avviso e  
modulo istanza di cui in oggetto per la pubblicazione all'Albo Pretorio on-line.

Distinti saluti.

Il Responsabile dell'Istruttoria  
Ass. Soc. D.ssa D. Buetti

Il Dirigente  
Dott. Michele Bucolo



## **DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.27**

Comuni di: Milazzo (capofila), S. Lucia del Mela, Condò, Gualtieri Sicaminò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Filippo del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Torregrotta, Valdina, Venetico.

Visto il Regolamento Distrettuale per i Servizi di Assistenza Domiciliare Anziani del Distretto socio sanitario 27, approvato con deliberazione del Comitato dei Sindaci n.13 del 25/06/2007;

### **SI RENDE NOTO**

Che possono essere presentate le istanze per l'ammissione al Servizio di Assistenza domiciliare anziani previsto dall'Integrazione al Piano di Zona 2013/2015, Azione "1".

Il servizio è finalizzato a favorire la permanenza dell'anziano, che versa in condizioni di non autosufficienza totale e/o parziale, che non abbia idoneo supporto familiare nel proprio ambiente di vita e necessita di sostegno nelle attività quotidiane.

Il servizio attivato, previa aggiudicazione dello stesso, ha una durata di 12 mesi è rivolto presuntivamente a n. 150 utenti.

#### **Natura del servizio**

Il servizio si articola nelle seguenti prestazioni:

- Aiuto domestico
- Igiene e cura della persona
- Disbrigo pratiche

#### **Destinatari:**

Anziani residenti nel territorio dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 27, di anni 55 se donne e 60 se uomini.

#### **Requisiti per l'accesso**

Potranno accedere al Servizio gli anziani che versano in condizione di non autosufficienza totale e/o parziale che non abbiano idoneo supporto familiare.

#### **Termine per la presentazione dell'istanza**

Le domande devono essere presentate entro il 2.08.2019 presso i Comuni di rispettiva residenza, utilizzando il modello predisposto dall'Ufficio Piano.

#### **Procedure di ammissione**

Il servizio sociale comunale, valutate le condizioni di ammissibilità al servizio, trasmetterà le istanze all'Ufficio Piano del Distretto Socio Sanitario 27 - Comune capofila Milazzo, il quale provvederà alla redazione di apposita graduatoria distrettuale dei soggetti ammessi a fruire del servizio.

Nella redazione della graduatoria viene data priorità agli anziani, che vivono da soli o con il coniuge, in condizioni di limitata autonomia e che dispongono di un basso reddito.

Per ogni utente beneficiario sarà elaborato il piano assistenziale individualizzato stilato dall'Assistente Sociale del Distretto Socio Sanitario 27 in collaborazione con il servizio sociale di appartenenza dell'anziano.

#### **Partecipazione al costo del servizio**

Il servizio domiciliare è gratuito per i soggetti la cui situazione economica complessiva determinata dall'I.S.E. (ai sensi dell'art. 1 del D.A. 867/S7 del 2003) non supera l'importo annuo del trattamento minimo pensione INPS per i lavoratori dipendenti adeguato, ove spettante, alle misure fissate dall'art. 38 della L. n. 488/2001, maggiorato:

- a) del 50% nel caso in cui il soggetto richiedente è unico componente il nucleo familiare;
- b) del 100% nel caso di due o più componenti;
- c) dell'ulteriore 35% per ogni componente minore od adulto oltre il secondo.

Per condizioni economiche superiori ai limiti, i soggetti possono essere ammessi ai servizi ed alle prestazioni sociali richieste previa compartecipazione in misura pari al 5% del costo sostenuto dal Distretto per ogni milione (€ 516,46) superiore al limite per la gratuità.

**Documentazione da allegare**

- ☐ Certificazione invalidità civile (100% ed eventuale indennità di accompagnamento);
- ☐ certificazione del medico di base attestante la condizione di totale e/ parziale non autosufficienza;
- Attestazione ISEE socio – sanitario (rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n.159/2013 e ss.mm. ed ii.);
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente all' Ufficio Servizi Sociali dei Comuni di residenza o all'Ufficio Piano presso il Comune di Milazzo capofila del Distretto Socio Sanitario 27, tel. 090/9231259. La modulistica può essere visionata e scaricata sul sito [www.comune.milazzo.me.it](http://www.comune.milazzo.me.it) e sul sito dei Comuni del distretto.

Milazzo 05/07/2019

IL DIRIGENTE  
f.to Dott. Michele Bucolo

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI  
f.to Dr.Corrado Ximone



## DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.27

**OGGETTO: Richiesta Servizio Assistenza Domiciliare Anziani del Distretto socio sanitario 27.  
L.328/00 Integrazione al P.d.Z. 2013/2015 -.**

**All'Ufficio Servizi Sociali del**

**Comune di \_\_\_\_\_**

.....I.... sottoscritt..... nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n.....  
Tel..... codice fiscale .....

### **Chiede**

- ☐ per se stesso
- ☐ per la persona sotto indicata agendo in qualità di .....

Cognome e nome .....  
Nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via..... n.....  
Tel. ....

di essere **ammesso/a** al Servizio Assistenza Domiciliare Anziani del Distretto socio sanitario 27- L. 328/00 Integrazione al P.d.Z. 2013/2015, relativamente alle seguenti prestazioni:

- ☐ Aiuto domestico;
- ☐ Igiene e cura della persona;
- ☐ Disbrigo pratiche.

**Dichiara** sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, comma 1-2-3-4 per le ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00

• Di essere residente nel Comune di .....

• Di essere:

- ☐ invalido civile;
- ☐ invalido civile con diritto all'indennità di accompagnamento;
- ☐ in condizione di totale e/ parziale non autosufficienza certificata dal medico di base;

• Che il nucleo familiare del beneficiario risulta così composto:

| Cognome e Nome | Grado di parentela/altro | Data di nascita | Certificazione sanitaria |
|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
|                |                          |                 |                          |
|                |                          |                 |                          |
|                |                          |                 |                          |
|                |                          |                 |                          |
|                |                          |                 |                          |

• che è disposto/a a pagare l'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio, nel rispetto della normativa vigente in materia ( D.A. 867/S7 del 2003).

sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Allega quanto segue:

- ☐ Certificazione invalidità civile (100% ed indennità di accompagnamento);
- ☐ certificazione del medico di base attestante la condizione di totale e/o parziale non autosufficienza;
- Attestazione ISEE socio-sanitario (rilasciata ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 e ss.mm. ed ii.) in corso di validità;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità
- Altri documenti \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

*Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali*

Il/la sottoscritto/a interessato/a , con la firma apposta alla presente, presta il proprio consenso affinché il Comune ed il Distretto socio sanitario 27 proceda al trattamento dei dati personali per le finalità specifiche di cui alla presente domanda. ai sensi del D. Lgs. 196/2003 modificato dal D.lgs 101/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_