



# COMUNE DI MODICA

Provincia di Ragusa



## I SETTORE – SERVIZI SOCIALI E SCOLASTICI

### SI RENDE NOTO

che l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro ha comunicato la **Prosecuzione dell'intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di anziani non autosufficienti, attraverso i Comuni di residenza, secondo quanto dettato dal D.A. N 2753 del 16.12.2014**, pubblicato sulla GURS parte I n.4 del 23.01.2015.

E' previsto un contributo economico alle famiglie, sotto forma di BUONI di SERVIZIO (voucher), per l'acquisto di prestazioni sociali, erogati presso l'abitazione dell'anziano, fornite da un assistente familiare iscritto all'**Albo badanti** o da organismi od enti no profit iscritti all'**Albo Regionale** delle istituzioni socio-assistenziali nelle sezioni anziani e/o disabili, liberamente scelti dai familiari, in favore del soggetto anziano, affetto da grave e dimostrata disabilità o invalidità al 100%, che abbia superato il settantacinquesimo anno d'età. La concessione del beneficio è subordinata all'effettiva assegnazione delle risorse da parte della Regione Sicilia.

#### **REQUISITI PER L'ACCESSO ALL'INTERVENTO:**

- la persona anziana deve aver compiuto **75 anni** alla data di presentazione dell'istanza, essere **residente nel comune di Modica** e da almeno un anno nel territorio della Regione Sicilia;
- l'anziano deve essere cittadino italiano, comunitario o extra comunitario. Per i nuclei familiari composti da cittadini stranieri, il beneficiario ed il familiare richiedente devono essere titolari della carta di soggiorno;
- l'assistito deve essere stato dichiarato **disabile grave o invalido al 100%**. Tale stato deve essere certificato dalle autorità competenti;
- che il **reddito familiare non sia superiore a € 7.000,00** (attestato ISEE).

#### **MODALITA' DI ACCESSO:**

La domanda di ammissione va redatta **su apposito modulo** disponibile presso l'ufficio del servizio sociale di Modica, sito in P.zza Campailla, 1° piano, o scaricata dal sito [www.comune.modica.gov.it](http://www.comune.modica.gov.it) alla sezione avvisi e può essere sottoscritta:

- a) dall'**anziano stesso**, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita (All.1);
- b) dai **familiari entro il 4° grado** che accolgono nel proprio nucleo l'anziano e che siano residenti da almeno un anno nel territorio regionale (All.2);
- c) dal **figlio non convivente** che, di fatto, si occupa della **tutela** della persona anziana purché sia residente nello stesso comune del beneficiario e che entrambi siano residenti da almeno un anno nel territorio regionale (All.3).

#### **Alla domanda va allegata la seguente documentazione:**

- fotocopia del documento di riconoscimento dell'anziano non autosufficiente e del familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/200;
- attestato ISEE dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione, rilasciata dagli uffici competenti, dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato invalido al 100% o disabile grave;
- dichiarazione che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento e che non rientra tra quelle assegnatarie delle risorse PAC per le stesse prestazioni.

#### **TERMINE DI PRESENTAZIONE ISTANZA:**

entro e non oltre il **24 gennaio 2019** l'istanza dovrà essere presentata al protocollo del servizio sociale, sito al piano terra del Palazzo Campailla.

MODICA 04/01/2019

Il Responsabile del I Settore  
F.to Dott. Giorgio Paolo Di Giacomo



## Allegato 1

### DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE ANNI IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA.

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

- a) di avere compiuto 75 anni;
- b) di essere inserito all'interno di un nucleo familiare e di essere legato ad almeno un componente di detto nucleo da vincolo di parentela, filiazione o affinità;
- c) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- d) di essere stato riconosciuto disabile grave ovvero di essere invalido al 100%;
- e) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n.109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art.1 D.P.C.M. 04.04.2001, n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore ad € 7.000,00;

#### CHIEDE

**La concessione dell'intervento in oggetto indicato nella forma di :**

- Buono di servizio:** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare o assistente familiare iscritto all'Albo badanti.

**A tal fine lo/a scrivente allega alla presente:**

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento di un familiare, che parimenti sottoscrive la presente domanda e si impegna a garantire al sottoscritto beneficiario prestazioni di assistenza e di aiuto personale;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;

- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100%;

   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.

Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

   sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

**Firma del familiare**

\_\_\_\_\_

## Allegato 2

### DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE ANNI IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA.

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

a) che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità, entro il 4° grado, il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ anziano/a che ha compiuto settantacinque anni e in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;

b) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;

c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile ovvero che lo stesso è invalido al 100%;

d) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti, ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n.109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art.1 D.P.C.M. 04.04.2001, n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore ad € 7.000,00;

#### CHIEDE

**La concessione dell'intervento in oggetto indicato nella forma di :**

**Buono di servizio:** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare

**A tal fine lo/a scrivente allega alla presente:**

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il

beneficio;

- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100%;

   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.

Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

   sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

### Allegato 3

## DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE ANNI IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

a) di essere figlio non convivente del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ anziano/a che ha compiuto settantacinque anni, il quale si trova in condizioni di non autosufficienza, a cui vengono assicurate **tutela**, prestazioni di assistenza ed aiuto personale;

b) di risiedere nello stesso comune dell'anziano di cui sopra e da almeno un anno nel territorio della Regione Sicilia alla data di presentazione della domanda;

c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile ovvero che lo stesso è invalido al 100%;

d) che il suddetto anziano ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore ad € 7.000,00;

### CHIEDE

**La concessione dell'intervento in oggetto indicato nella forma di :**

**Buono di servizio:** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare o assistente familiare iscritto all'Albo badanti.

**A tal fine lo/a scrivente allega alla presente:**

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione

invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100%;

   I 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.

Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

   I sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_