



COMUNE DI ANTILLO

PROVINCIA DI MESSINA

Piazza S. Maria della Provvidenza - C.A.P. 98030 - C.F. e P. IVA 00432870830

Telefono 0942.723031/723020 - Fax 0942.723271 - Sito Web www.comunediantillo.it - Email comuneantillo@tiscali.it

AVVISO PUBBLICO PROROGA TERMINI DI SCADENZA

PER INTERVENTO FINALIZZATO ALLA PERMANENZA O RITORNO IN FAMIGLIA
DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CHE HANNO COMPIUTO 75 ANNI

IL SINDACO

- Visto il D.A. 2753/S6 del 16.12.2014 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali pubblicato sulla GURS Parte I, n. 4 del 23.01.2015 con il quale è stato approvato l'Avviso avente ad oggetto: "*Criteria e modalità per l'attuazione di un intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di anziani ultrasettantacinquenni non autosufficienti, attraverso i Comuni di residenza*";
- Vista la nota prot. n. 40888/S6 del 12.12.2018 del medesimo Assessorato Regionale di prosecuzione del suddetto intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di anziani ultrasettantacinquenni non autosufficienti, attraverso i Comuni di residenza;
- Considerato che era stato pubblicato all'albo on line e nella sezione avvisi del sito istituzionale dell'Ente un avviso pubblico con scadenza il 24 gennaio u.s. per la presentazione delle domande per la richiesta dell'intervento a favore di anziani in condizioni di non autosufficienza che hanno compiuto settantacinque anni;
- Vista la nota prot. n. 3296/S6 del 29.01.2019 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali di proroga dei termini di scadenza per la presentazione delle istanze;

RENDE NOTO

Che **entro e non oltre il 27 FEBBRAIO 2019**, possono essere presentate a questo Comune le istanze per fruire del voucher per le famiglie che mantengono nel territorio regionale una persona anziana non autosufficiente di età superiore a 75 anni.

Natura dell'intervento

- Consiste nell'erogazione di un buono di servizio (voucher) destinato per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed enti 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 di assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.

Beneficiari

- L'intervento è rivolto agli anziani ultrasettantacinquenni non autosufficienti e persegue misure finalizzate al concorso delle spese sostenute dalla famiglia per la retribuzione di un assistente familiare iscritto all'albo degli assistenti familiari/badanti. Per la realizzazione dell'intervento è prevista la concessione di un buono di servizio (voucher) per l'acquisto di prestazioni sociali o

socio-sanitarie in favore di soggetti anziani ultra 75 anni affetti da grave e dimostrata disabilità o invalidità al 100% conviventi con la famiglia e, quindi, presso la stessa residenti, con una modulazione dell'intervento secondo limiti di reddito determinati in funzione del parametro ISEE familiare.

Requisiti/modalità di presentazione della domanda

1. La persona anziana assistita deve:
 - a) aver compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza del presente avviso;
 - b) essere cittadino italiano, comunitario o extra comunitario. Per i nuclei familiari composti da cittadini stranieri, il beneficiario e il familiare richiedente dovranno essere titolari di carta di soggiorno;
 - c) essere stato dichiarato disabile grave o invalido al 100%. Tale stato dovrà essere certificato dalle autorità competenti;
 - d) essere residente nel Comune di Antillo.
2. Per accedere al voucher è necessario presentare una certificazione ISEE con un valore massimo di € 7.000,00 (euro settemila/00) dell'intero nucleo familiare in corso di validità.
3. Possono presentare domanda, esclusivamente presso il Comune di residenza:
 - a) l'anziano stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita (All. A1);
 - b) i familiari, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda (All. A2);
 - c) il figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana purché sia residente nello stesso Comune del beneficiario e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda (All. A3);
4. La domanda deve essere redatta su specifici modelli predisposti dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro secondo le forme della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e segg. del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e la stessa deve essere presentata presso il Comune di residenza del beneficiario, con allegata dichiarazione che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento.

Alla domanda deve essere allegata la sotto elencata documentazione:

 - ✓ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano non autosufficiente, sia del familiare richiedente ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000;
 - ✓ Dichiarazione che il soggetto beneficiario non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento;
 - ✓ Attestazione ISEE con un valore massimo di € 7.000,00 (euro settemila/00) dell'intero nucleo familiare in corso di validità, rilasciato dagli uffici abilitati;
 - ✓ Certificazione, rilasciata dagli uffici competenti, dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato invalido al 100% o disabile grave.

Per ulteriori informazioni e per ritirare il modello di domanda, gli interessati possono rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociale del Comune o scaricarlo dal sito istituzionale all'indirizzo www.comuneantillo.gov.it.

Dalla Residenza Municipale, 30 gennaio 2019



IL SINDACO
(DAVIDE PARTORE)


**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO
SETTANTACINQUE ANNI**

**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 RESPONSABILITA'

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 a € 7.000,00 (settemila)

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI
BUONO SERVIZIO (VOUCHER)**

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato 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 la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- 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%.

Il 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

.....

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO
SETTANTACINQUE ANNI**

**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 RESPONSABILITA'

DICHIARA

- a) che nel proprio nucleo è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.raanziano/a che ha compiuto i settantacinque anni e versa 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 grave 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 a € 7.000,00 (settemila)

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI
BUONO SERVIZIO (VOUCHER)**

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato 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 la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- 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%.

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

Il 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

.....

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO
SETTANTACINQUE ANNI**

**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 RESPONSABILITA'

DICHIARA

- a) che nel proprio nucleo è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.raanziano/a che ha compiuto i settantacinque anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;
- b) di risiedere nello stesso Comune dell'anziano di cui sopra;
- c) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- d) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- e) che il suddetto anziano ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00;

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI
BUONO SERVIZIO (VOUCHER)**

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato 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 la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- 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 si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il 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

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

in qualità di:

- persona anziana ultrasettantacinquenne richiedente il beneficio in oggetto;
- familiare, entro il 4° grado, che accoglie l'anziano nel proprio nucleo familiare residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- figlio non convivente, che di fatto si occupa della tutela della persona anziana, il quale è residente nello stesso Comune del beneficiario ed il cui nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

in relazione alla istanza per fruire del voucher per le famiglie che mantengono nel territorio regionale una persona anziana non autosufficiente di età superiore a 75 anni (nota prot. 40888/S6 del 12.12.2018 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali inerente la prosecuzione dell'intervento ex D.A. 2753/S6 del 16.12.2014) di non essere destinatario ovvero che la persona anziana da assistere non è destinataria (cancellare l'ipotesi che non ricorre) di altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento.

Dichiara di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.