



COMUNE DI CAPACI Provincia di Palermo

**INTERVENTO FINALIZZATO ALLA PERMANENZA O RITORNO
IN FAMIGLIA DI ANZIANI ULTRASETTANTACINQUENNI
O NON AUTOSUFFICIENTI.**

SI RENDE NOTO

che con D.A. n. 2753 del 18.12.2014 pubblicato su GURS parte I n.4 del 23.01.2015 l'Assessorato alla Famiglia, Politiche Sociali e Lavoro, ha approvato un intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di anziani ultra settantacinquenni, in condizione di non autosufficienza. L'intervento consiste nell'erogazione di buoni di servizio (voucher) in favore delle famiglie residenti nel territorio regionale, che mantengono la persona anziana non autosufficiente nel proprio contesto di vita e di relazioni, attraverso interventi di supporto assistenziale gestiti in via diretta.

REQUISITI

Possono fare richiesta di ammissione all'intervento previsto dal citato D.A. i soggetti anziani in possesso dei seguenti requisiti:

- a) avere compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
- 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 Capaci;
- e) di non accedere ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento;
- f) certificazione ISEE relativa all'intero nucleo familiare ed in corso di validità, riferita al periodo d'imposta 2013, con un valore massimo di €7.000,00.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE ISTANZA

La domanda redatta su apposito modello disponibile presso l'ufficio di servizio sociale o da scaricare sul sito web del Comune di Capaci, deve essere presentata

esclusivamente presso l'Ufficio Protocollo di questo Comune sito in via Umberto I°.
L'istanza può essere presentata da:

- a) l'anziano stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita (Allegato 1);
- b) i familiari, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo e che siano residenti nel territorio comunale da almeno un anno dalla data di presentazione della domanda (Allegato 2);
- 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 entrambi residenti nel territorio comunale da almeno un anno dalla data di presentazione della domanda (Allegato 3);

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'anziano non autosufficiente e del familiare richiedente, ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000;
Attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare, riferito al periodo d'imposta 2013, con un valore massimo di € 7.000,00;

Certificazione rilasciata dagli uffici competenti (ASP, INPS, etc) dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato invalido al 100% o disabile grave;

L'istanza deve essere presentata entro il termine perentorio del **23 Aprile 2015**.

F.to L'Assessore ai Servizi Sociali
Dott.ssa Franca Lisa Giambona

F.to Il Responsabile Vicario Area I
Dott. Vincenzo Lupica



COMUNE DI CAPACI Provincia di Palermo

Allegato A 1

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN CONDIZIONI 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

 1 sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Capaci 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.

 1 sottoscritt__, dichiara, altresì, che non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento,

CHIEDE

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

Il buono di servizio (voucher) 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 sotto elencata 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%;

 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



COMUNE DI CAPACI
Provincia di Palermo

Allegato A 2

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI
IN CONDIZIONI 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**

**1 sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in Capaci 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 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 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 ad € 7.000,00;
- 1 sottoscritt _____ dichiara, altresì, che non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento,

CHIEDE

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

Il Buono di servizio 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 sotto elencata 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.

 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



COMUNE DI CAPACI
Provincia di Palermo

Allegato A 3

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI
IN CONDIZIONI 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**

**I sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in Capaci 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 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) 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;
- I sottoscritt__ dichiara, altresì, che non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento,**

CHIEDE

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

Il Buono di servizio 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 sotto elencata 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%;

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

1 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

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

Firma del richiedente
