AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALLIPOLI

COMUNI DI: GALLIPOLI – ALEZIO – ALLISTE – MELISSANO – RACALE - SANNICOLA – TAVIANO - TUGLIE

<<<<<>>>>>

AVVISO PUBBLICO

PER L'AMMISSIONE AL

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Finalità
Intervenire nell'assistenza domiciliare in favore di persone anziane a rischio di emarginazione sociale, bisognose di sostegno psico-sociale e di cura della persona (come da prestazioni definite nel capitolato d'appalto) residenti nei Comuni dell'Ambito.

Tipologia di aiuto

A) PRESTAZIONI DI TIPO DOMESTICO:
- governo della casa;
- lavaggio e cambio della biancheria;
- preparazione pasti caldi

B) PRESTAZIONI DI TIPO SOCIO-ASSISTENZIALE
- cura dei rapporti con i familiari e la comunità;
- aiuto nell'igiene personale, compresa la vestizione, l'assunzione dei pasti, la deambulazione e gli atti quotidiani di vita;
- aiuto, anche mediante accompagnamento, per disbrigo di pratiche amministrative;
- cura dei rapporti con i familiari e la comunità;
- accompagnamento e compagnia alle persone che hanno difficoltà a muoversi per aiutarli negli spostamenti;

C) ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE
- attività proposte dall'affidatario del servizio

D) ATTIVITA' VARIE
- Ritiro dalla ASL e consegna a domicilio materiale sanitario
- Accompagnamento c/o strutture sanitarie e riabilitative
- Fornitura pasti a domicilio su esplicita richiesta dell'utente

Destinatari e requisiti di accesso
Sono individuati come destinatari dell'intervento i soggetti anziani residenti nei Comuni dell'Ambito.
Le prestazioni sono destinate a nr. 60 anziani ultrasessantacinquenni, residenti negli 8 Comuni dell'Ambito.

Possono fruire del SAD:

- anziani soli, o coppie di anziani soli autosufficienti, parzialmente autosufficienti o non autosufficienti portatori di patologie per le quali non è previsto l'accesso al servizio ADI;
- anziani autosufficienti, parzialmente autosufficienti o non autosufficienti, inseriti in un nucleo familiare;
- anziani impediti a compiere gli atti quotidiani della vita.

I soggetti che beneficiano del Servizio di Assistenza domiciliare partecipano al costo dello stesso nella misura appresso indicata, sulla base del valore dell'ISEE del nucleo familiare:

a. valore dell'ISEE del nucleo familiare non superiore ad € 7.500
- quota di compartecipazione: nessuna;

b. valori dell'ISEE del nucleo familiare compresi tra € 7.501 e 30.000:

- valori ISEE tra € 7.501 e 10.000 – quota di compartecipazione: 20% del costo del servizio
- valori ISEE tra € 10.001 e 20.000 - quota di compartecipazione: 30% " "
- valori ISEE tra € 20.001 e 30.000 - quota di compartecipazione: 50% " "

c. valore dell'ISEE del nucleo familiare superiore ad € 30.000
- quota di compartecipazione: a totale carico dell'utente;

Criteri di valutazione e attribuzione del punteggio

Ulteriori criteri di valutazione delle domande di ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare sono i seguenti:

Condizioni familiari:

- anziano che vive solo e senza figli = 10 punti
- anziano che vive solo e con figli che vivono fuori comune di residenza = 9 punti
- anziano coabitante con coniuge e senza figli = 8 punti
- anziano coabitante con coniuge e con figli che vivono fuori comune di residenza = 6 punti
- anziano che vive solo con figli che vivono nel comune di residenza = 4 punti
- anziano coabitante con coniuge e con figli che vivono nel comune di residenza = 2 punti
- anziano con coppia coabitante con figli,parenti o affini = 0 punti

Stato di salute:

- anziano non autosufficiente che vive solo = 10 punti
- anziano non autosufficiente con coniuge non autosufficiente o invalido = 10 punti
- anziano invalido che vive solo = 8 punti
- anziano non autosufficiente con coniuge autosufficiente = 6 punti
- anziano invalido con coniuge autosufficiente = 4 punti
- anziano che vive solo autosufficiente = 2 punti
- anziano con coniuge autosufficienti = 0 punti

Valore dell' ISEE del nucleo familiare:

- non superiore ad € 7.500 punti 5;
- tra € 7.501 e 10.000 punti 3;
- tra € 10.001 e 20.000 punti 2;
- tra € 20.001 e 30.000 punti 1;
- oltre € 30.000 punti 0.

2. A parità di punteggio la precedenza in graduatoria è data dalla maggiore età.

Modalità e termini di presentazione delle domande
La domanda di accesso al servizio di Assistenza Domiciliare dovrà essere compilata utilizzando il modulo allegato al presente Avviso, e dovrà essere presentato **entro il 26 febbraio 2010** all'**Ufficio Protocollo del Comune di residenza.**
Non verranno prese in considerazione le domande non complete di tutta la documentazione richiesta.

Istruttoria, formazione della graduatoria e ammissione al servizio
L'Assistente Sociale cura l'istruttoria delle domande ricevute e la formazione della
graduatoria unica di Ambito mediante l'applicazione dei punteggi come sopra riportati, per la valutazione di ciascuna domanda. La graduatoria è approvata con provvedimento del Responsabile dell'Ufficio di Piano.
La graduatoria verrà pubblicata all'Albo Pretorio dei Comuni dell'Ambito e sul sito web del
Ai soli beneficiari viene data la comunicazione dell'avvenuta ammissione al servizio.
In caso di coppie è sufficiente la presentazione della richiesta da parte di un solo componente.
L'ammissione al servizio ha luogo nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Documentazione
Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. stato di famiglia del nucleo familiare interessato;
2. verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992) ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN;
3. certificato ISEE del nucleo familiare di data non anteriore ad un semestre dalla data di pubblicazione del presente Avviso e comunque in corso di validità;

Controlli
Il servizio sociale professionale o il servizio di segretario sociale può provvedere, attraverso una visita domiciliare, alla verifica dei requisiti.

Per eventuali informazioni rivolgersi ai Servizi Sociali dei Comuni di residenza oppure, nei giorni di martedì e giovedì, dalle ore 15,00 alle 18,00, all'Ufficio di Piano con sede alla Via A. De Pace n.78 - Gallipoli

Gallipoli,

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO
Dott. Guido DE MAGISTRI

AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI

PROVINCIA DI LECCE

Comuni di:

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie

---

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE

DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

All'Ufficio di Piano dell'Ambito
Territoriale Sociale di
GALLIPOLI

Oggetto: Servizio di Assistenza domiciliare sociale per persone anziane (SAD) Richiesta di ammissione.

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome)_____ ,
nato/a a _____(_____) il ____ / ____ / _____ ,
residente a _____ (__) in via _____
n. civico _____ domiciliato/a a _____ (__), in via
_____ n. ____ , Codice Fiscale _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
n. telefono _____/ _____,

CHIEDE

□ per se stesso
□ per il coniuge _____nato/a a _____(_____) il____ / ____ / _____ , residente a _____ (__) in via _____ n._____ Codice Fiscale _____
□ per il familiare_____ nato/a a _____(_____) il ____ / ____ / _____, residente a _____ (__) in via _____ n_____ Codice Fiscale_____

di usufruire del **servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD) per persone anziane**

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione sociale, quanto segue:

Condizioni familiari:

- anziano che vive solo e senza figli
- anziano che vive solo e con figli che vivono fuori comune di residenza
- anziano coabitante con coniuge e senza figli
- anziano coabitante con coniuge e con figli che vivono fuori comune di residenza
- anziano che vive solo con figli che vivono nel comune di residenza
- anziano coabitante con coniuge e con figliche vivono nel comune di residenza
- anziano con coppia coabitante con figli,parenti o affini

Stato di salute:

- anziano non autosufficiente che vive solo
- anziano non autosufficiente con coniuge non autosufficiente o invalido
- anziano invalido che vive solo
- anziano non autosufficiente con coniuge autosufficiente
- anziano invalido con coniuge autosufficiente
- anziano che vive solo autosufficiente
- anziano con coniuge autosufficienti

Per l'attribuzione del punteggio che precede il sottoscritto/a:

☐ allega alla presente la seguente certificazione medica:

_____
_____
_____
_____

C) che il valore ISEE del nucleo familiare convivente, certificato in data non antecedente a un semestre dalla data di pubblicazione dell'Avviso in oggetto, è pari ad Euro_____,00 ed allega copia in corso di validità;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze previste per il caso di dichiarazioni false e mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da confrontarsi con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

La sig.ra / il sig. _____

Autorizza l'Ufficio di Piano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del contributo economico in parola, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Allega:

□ stato di famiglia del nucleo familiare interessato;

- □ verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992) ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN;
- □ certificato ISEE del nucleo familiare di data non anteriore ad un semestre dalla data di pubblicazione del presente Avviso o comunque in corso di validità.

(Data)_____ (Firma)_____