

**COMUNE DI POLIZZI GENEROSA**  
**Prov. di Palermo**

\*\*\*\*\*

**Oggetto: Piano di zona 2018/2019 – 1^ Annualità – Attivazioni Azione n. 1.**  
**“ Assistenza domiciliare”**

**SI RENDE NOTO**

Che è indetto avviso pubblico per l’inserimento nella graduatoria degli aventi diritto al servizio di assistenza domiciliare, mediante il rilascio di buoni servizio **voucher** - per l'acquisto delle prestazioni domiciliari presso gli Enti iscritti nell'apposito Albo Distrettuale, in attuazione al Piano di Zona 2018/2019 – 1^ annualità - Azione n. 1 per l’anno 2020.

**Requisiti per l'ammissione al servizio:**

- sono destinatari del servizio i cittadini residenti in Polizzi Generosa, che abbiano compiuto il 55^ anno di età ( se donne) e 60^anno di età(se uomini), che si trovino nella condizione di avere necessità di aiuto a domicilio per il soddisfacimento dei bisogni essenziali relativi alla cura delle persone, al governo della casa secondo un criterio di priorità esclusivamente determinato dall'effettivo stato di bisogno della persona e del suo nucleo familiare.

In particolare sono destinatari :

1. persone che vivono da sole o in coppia, in condizione di isolamento, parzialmente o totalmente non autosufficiente.
2. soggetti disabili limitatamente a situazioni di bisogno certificate dalle competenti autorità sanitarie, non percettori di indennità di accompagnamento.
3. soggetti già in carico ai servizi sanitari o infermieristici che necessitano di interventi integrativi assistenziali.

**Graduatoria:**

- sulla base delle istanze pervenute sarà formulata la graduatoria secondo i criteri di cui al regolamento C.C. n. 72 del 19/08/2012, parte seconda allegato A);

**La domanda, debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente sull'apposita modulistica fornita dall'Ufficio Servizi Sociali, dovrà pervenire entro il 21/08/2020, pena esclusione, corredata dai seguenti documenti:**

- **Certificazione I.S.E.E in corso di validità;**
- **Certificazione attestante la parziale o totale non autosufficienza (invalidità civile o legge 104);**
- **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.**

**Polizzi Generosa lì 06/08/2020**

**Il Responsabile dell’Area**  
**F.to D.ssa Rosanna Napoli**




5) Di rinunciare ad usufruire, nell'anno in corso, ad altri servizi socio-assistenziali erogati dalla Pubblica Amministrazione, in caso di accoglimento della presente istanza;

6) Nessun componente il proprio nucleo familiare anagrafico usufruisce, nell'anno in corso, di servizi sociali di natura economica erogati dalla Pubblica Amministrazione;

7) Di essere consapevole che in rapporto all'ISEE, può essere obbligato al pagamento della quota di compartecipazione per il servizio di assistenza domiciliare;

Allega, ai fini della opportuna valutazione, certificazione di invalidità, con la quale viene riconosciuta al sottoscritto, dalla Commissione per l'invalidità civile (A.S.P.), una percentuale di invalidità non inferiore al 67% (**barrare la casella solo se ricorre tale condizione**);

Allega, ai fini della opportunità valutazione, n° \_\_\_\_\_ certificazioni di invalidità, con le quali viene riconosciuta, dalla Commissione per l'invalidità civile (A.S.P.), una percentuale di invalidità non inferiore al 67% a componenti il proprio nucleo familiare e/o a propri figli non coabitanti anagraficamente (**barrare la casella solo se ricorre tale condizione**);

Allega, inoltre, la seguente documentazione:

1. Certificazione ISEE
2. Fotocopia documento di riconoscimento

Il/la sottoscritto/a si impegna a rendersi reperibile alla visita domiciliare da parte del Servizio Sociale e a comunicare per iscritto, al Servizio Sociale, eventuale prolungate assenze dalla propria residenza che potessero rendere impossibile la visita domiciliare.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 675/96 "tutela della privacy, art.10).

Si impegna a comunicare tempestivamente all'Amministrazione Comunale eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato.

**Il/la sottoscritto/a dichiara infine: 1) che tutti i dati su indicati corrispondono a verità; 2) di essere consapevole delle responsabilità che si assume, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci; 3) di essere a conoscenza che sui dati dichiarati saranno effettuati controlli diretti ed indiretti anche ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000; 4) di essere consapevole che, nel caso venissero riscontrate dichiarazioni mendaci, decadrà dal beneficio eventualmente ottenuto.**

Polizzi Generosa, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_