

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 17 – L. 328/00

COMUNI DI: GIARRE-CALATABIANO-CASTIGLIONE DI SICILIA-FIUMEFREDDO-  
LINGUAGLOSSA-MASCALI-MILO-PIEDIMONTE ETNEO-RIPOSTO-SANT'ALFIO

COMUNE DI GIARRE –

ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

P.A.C. – PIANO DI AZIONE COESIONE

Piano di intervento Servizi di Cura per gli Anziani non autosufficienti di età non inferiore ai 65 anni  
II<sup>a</sup> Riparto.

## BANDO

Con decreto del 07/10/2014, il Ministero dell'Interno, ha adottato il secondo riparto delle risorse finanziarie del Programma Nazionale rivolto ai servizi di cura agli anziani non autosufficienti, a favore dei Distretti socio sanitari per gli anni 2013 – 2014.

Questo Distretto socio sanitario n. 17, in attuazione del suindicato Decreto Ministeriale, ha predisposto progetti finalizzati all'assistenza di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

Gli anziani, interessati, qualora in possesso dei requisiti richiesti, potranno richiedere i seguenti servizi:  
- Prestazioni di Assistenza Domiciliare Socio – Assistenziale.

Gli interessati che intendono presentare istanza finalizzata alla fruizione del Servizio sopra elencato, potranno recarsi presso gli Uffici di Servizio Sociale del Comune – Piazza Macherione n. 1, entro il 21 Agosto 2015

### Requisiti richiesti:

- Residenza nel Comune di Giarre;
- Età non inferiore ai 65 anni alla data del 21/08/2015 in condizioni di non autosufficienza.

### Gratuità dei servizi richiesti:

- Reddito inferiore alla soglia prevista dalla normativa vigente per l'accesso gratuito ai Servizi Socio – Assistenziali (D.A. n.867/S7 del 15/04/2003 Ass.to Reg.le Famiglia, Politiche Sociali e AA.LL. – Accesso agevolato ai Servizi Sociali. Criteri unificati di valutazione economica ISEE)

In caso di condizioni economiche superiori ai limiti di cui sopra, è prevista la compartecipazione al costo del servizio.

Le istanze presentate dai cittadini interessati debitamente istruite dagli Uffici preposti, saranno utili ai fini della formulazione della graduatoria.

A tal fine, la documentazione da allegare all'istanza è la seguente:

1. Autocertificazione dello Stato di Famiglia e residenza;
2. Dichiarazione sostitutiva unica, completa di Attestazione ISE ed ISEE in corso di validità;
3. Documento di riconoscimento valido (fotocopia)
4. Documentazione sanitaria attestante la non autosufficienza-SVAMA

I moduli di Domanda potranno essere scaricati dal sito istituzionale del Comune di Giarre – [www.comune.giarre.ct.it](http://www.comune.giarre.ct.it) o richiesti anche presso gli tutti i Sindacati, Centri C.A.F., Enti di Patronati locali, l'Ufficio URP, Uffici Servizi Sociali – Piazza Macherione n. 1 recapiti telefonici 095/963542.

Si fa presente che le istanze pervenute incomplete della prevista documentazione entro il termine suindicato, non potranno essere valutate.

L'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI  
Giovanni Finocchiaro

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI  
Roberto Bonaccosi

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 17 – L. 328/00

COMUNI DI: GIARRE-CALATABIANO-CASTIGLIONE DI SICILIA-FIUMEFREDDO-  
LINGUAGLOSSA-MASCALI-MILO-PIEDIMONTE ETNEO-RIPOSTO-SANT'ALFIO

COMUNE DI GIARRE

ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

P.A.C. – PIANO DI AZIONE COESIONE

Piano di intervento Servizi di Cura per gli anziani non autosufficienti di età non inferiore ai 65 anni.  
II° Riparto

Al Sindaco del COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

## CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DI:

Prestazioni di ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO – ASSISTENZIALE;

per se stesso/a       per il/la Sig./ra

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine

## DICHIARA

Che il nucleo familiare, del richiedente le prestazioni, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Che usufruisce di:

assistenza domiciliare

altri servizi di assistenza pubblica erogati da \_\_\_\_\_

**ALLEGA alla presente:**

1. Attestazione ISE e ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
2. Documentazione sanitaria attestante la non autosufficienza – SVAMA;
3. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario

**AUTORIZZA**

Il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento delle prestazioni di cui sopra, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_