



# COMUNE DI PRAIA A MARE

(Provincia di Cosenza)

P.zza Municipio, 1 - 87028 Praia a Mare (CS) - Tel. 098572353 - Fax 098572555

[www.comune.praia-a-mare.cs.it](http://www.comune.praia-a-mare.cs.it) - e-mail: [compraia@tin.it](mailto:compraia@tin.it)

Prot. **2099**

## AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE PRAIA-SCALEA ASP COSENZA

**Comprendente i Comuni di:**

Aieta, Belvedere Marittimo, Buonvicino, Diamante, Grisolia, Maierà, Orsomarso, Papisidero, Praia a Mare, San Nicola Arcella, Santa Domenica Talao, Santa Maria del Cedro, Scalea, Tortora, Verbicaro.

**Comune capofila:** *Praia a Mare.*

### AVVISO PUBBLICO

#### P.A.C. PIANO DI AZIONE E COESIONE SECONDO RIPARTO

**Piano di intervento Servizi di Cura per gli Anziani non  
autosufficienti di età non inferiore ai 65 anni.**

---

**Visto** il Programma per i Servizi di cura per Anziani - Piano di Azione Coesione (PAC) - Secondo riparto, con il quale vengono definite le regole e i criteri per l'accesso alle risorse finanziarie, già ripartite con lo stesso provvedimento;

**Viste** le Linee Guida per la Calabria elaborate dal Ministero degli Interni per la redazione dei progetti;

**Visto** l'Accordo di Programma e il regolamento per la gestione integrata degli interventi e dei servizi sociali del Distretto Socio Assistenziale Praia/Scalea, approvato dal Comitato dei Sindaci il 31/10/2013 e s.m.i., delibera n. 16 del 29/01/2014;

**Vista** la presa d'atto dell'accordo di programma tra ASP e Comuni del Distretto per la realizzazione del servizio di cure domiciliari integrato;

**Vista** la presa d'atto dell'Addendum al Nuovo Accordo di Programma tra ASP e Comuni del Distretto per la programmazione e realizzazione del servizio di cure domiciliari integrate (CDI) tra

Ambito e ASP Cosenza per l'accesso alle risorse del PAC Secondo Riparto, DGC 67 del 13/05/2015;

Vista la presa d'atto dell'integrazione all'articolo unico dell'addendum al nuovo accordo di programma tra Distretto Praia/Scalea ed ASP - programmazione e realizzazione del servizio di cure domiciliari integrate (CDI) tra Ambito e ASP Cosenza per l'accesso alle risorse del PAC Secondo Riparto, DGC 165 del 09/11/2015;

Vista l'istituzione dell'albo distrettuale dei soggetti del terzo settore per l'erogazione mediante il sistema dei voucher di servizi di assistenza domiciliare in favore di anziani, over 65 non autosufficienti, di cui ai fondi P.A.C., e per il rinnovo dei precedenti accreditamenti prot. 21810 del 01/12/2015;

Vista la DGC 202 del 29/12/2015 Secondo riparto del Programma "Servizi di cura agli anziani" a valere sui fondi del Piano di Azione Coesione (PAC), Compartecipazione degli utenti per servizi di natura sociale;

Vista l'Integrazione dell'art. 7 del Regolamento Distrettuale per la disciplina dei sistemi di affidamenti a soggetti del terzo settore per servizi di cura agli anziani non autosufficienti;

Atteso che il servizio sarà subordinato all'acquisizione dell'approvando Decreto Ministeriale.

Vista la determina n. 132 del 04/02/2016 avente ad oggetto: "Approvazione schema per la presentazione delle domande per l'immissione al servizio di assistenza domiciliare per anziani over 65 non auto sufficienti - P.A.C. Secondo Riparto servizi di cura per gli anziani"

## SI RENDE NOTO

Che per il Secondo Riparto del Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura agli Anziani non autosufficienti over 65, può essere presentata istanza per l'ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani residenti nell'Ambito Territoriale Ottimale (ATO) Distretto Socio Assistenziale Praia/Scalea, che abbiano un età non inferiore ai 65 anni e che si troviano in condizione di non autosufficienza.

L'istanza redatta su modello conforme all'allegato "A" dovrà essere presentata agli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni di residenza, tramite protocollo ed inviate successivamente al Comune Capofila di Praia a Mare entro 5 (cinque) giorni dalla scadenza del termine di presentazione.

Nel caso in cui le richieste siano superiori all'effettiva disponibilità del monte ore e finanziaria assegnata ai singoli Comuni dell'ATO, verrà predisposta una lista d'attesa.

I moduli di domanda potranno essere richiesti presso gli Uffici di Servizi Sociali o scaricati dai siti internet istituzionali dei Comuni dell'ATO Praia/Scalea.

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

1. Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. in corso di validità relativa al beneficiario del servizio;
2. Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia) del beneficiario;

3. Documento di riconoscimento in corso di validità (fotocopia) del dichiarante;
4. Documentazione Sanitaria: Certificato del medico di base attestante lo stato di non autosufficienza, e/o SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile.

La valutazione dei requisiti, la presa in carico e il piano di intervento per ogni singolo utente saranno a carico dell'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) di riferimento dell'ATO Praia/Scalea, a cui prenderà parte, come da Accordo di Programma, anche un Assistente Sociale per i Servizi Sociali dei Comuni.

Le prestazioni domiciliari socio-assistenziali saranno erogate gratuitamente ai soggetti il cui reddito non superi la soglia prevista dal sistema di compartecipazione approvato dalla Conferenza dei Sindaci del 23/12/2015 per l'accesso gratuito ai servizi socio-assistenziali. Per condizioni economiche superiori ai limiti di cui sopra, i richiedenti potranno essere ammessi al servizio previa compartecipazione, secondo lo schema sotto riportato:

REDDITO ISEE NUCLEO FAMILIARE		CONTRIBUTO ORARIO
Da € 0,00	A € 12.000,00	ESENTE
Da € 12.000,01	A € 15.000,00	€ 0,50
Da € 15.000,01	A € 18.000,00	€ 1,00
Da € 18.000,01	A	€ 1,50

Le modalità di versamento della quota di compartecipazione saranno comunicati in sede di attivazione del servizio.

L'istanza dovrà essere presentata agli uffici dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza a mezzo protocollo entro e non oltre le 12:30 del 07/03/2016.

I dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di gestione del beneficio in oggetto e di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Praia a Mare, li 04/02/2016


 COMUNI RESPONSABILE PT  
 CATERINA TORCHIO

ALLEGATO "A"  
AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani over 65 non autosufficienti - SECONDO RIPARTO PAC Anziani.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_.

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SERVIZIO IN OGGETTO**

PER SE STESSO/A

PER IL/LA SIG/RA

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del DPR 28/12/2000-n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art.76), che il nucleo familiare anagrafico dell'anziano è così composto (compreso l'anziano):

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Inoltre, occorre allegare alla presente:

- 1) Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. in corso di validità relativa al beneficiario del servizio;
- 2) Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia) del beneficiario;
- 3) Documento di riconoscimento in corso di validità (fotocopia) del dichiarante;
- 4) Documentazione Sanitaria: Certificato del medico di base attestante lo stato di non autosufficienza, e/o SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile.

Luogo e data

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI

Ai sensi e per gli effetti del DLgs, 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara, inoltre, di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazione rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell'amministrazione comunale.

Luogo e data

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ALLEGATO "A"  
AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani over 65 non autosufficienti - SECONDO RIPARTO PAC Anziani.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SERVIZIO IN OGGETTO**

PER SE STESSO/A

PER IL/LA SIG/RA

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del DPR 28/12/2000-n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art.76); che il nucleo familiare anagrafico dell'anziano è così composto (compreso l'anziano):

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Inoltre, occorre allegare alla presente:

- 1) Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. in corso di validità relativa al beneficiario del servizio;
- 2) Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia) del beneficiario;
- 3) Documento di riconoscimento in corso di validità (fotocopia) del dichiarante;
- 4) Documentazione Sanitaria: Certificato del medico di base attestante lo stato di non autosufficienza, e/o SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile.

Luogo e data

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI

Ai sensi e per gli effetti del DLgs, 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara, inoltre, di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazione rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell'amministrazione comunale.

Luogo e data

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_