

# Distretto Socio - Sanitario 31

COMUNI DI

SANT'AGATA DI MILITELLO – CAPOFILA

Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo D'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco D'Alunzio, San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici

## AVVISO PUBBLICO

**Oggetto:** Interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri temporanei in strutture socio-sanitarie o sociali.

Si rende noto che l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con D. D. n. 1440 del 15.06.2016, ha assegnato al Distretto Socio Sanitario n. 31 la somma di € 24.702,61 per l'attuazione degli interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri temporanei in strutture socio-sanitarie o sociali.

I ricoveri di sollievo, aventi carattere di temporaneità, sono un mezzo per favorire le famiglie che si occupano dell'assistenza di un familiare non autosufficiente o disabile, e garantire loro un periodo di riposo.

Il contributo può essere disposto anche nel caso in cui le famiglie improvvisamente non possono, per motivi di salute o contingenti, provvedere all'assistenza del familiare che si trova in condizioni di fragilità, e, pertanto, ricorrono al ricovero di sollievo.

I ricoveri temporanei possono essere usufruiti per un massimo di trenta giorni nell'arco dell'anno solare, trascorsi presso strutture residenziali, socio – sanitarie o sociali.

La presentazione della domanda dovrà essere a sportello e fino ad esaurimento delle risorse assegnate, pertanto, potrà essere formulata da parte della famiglia della persona fragile, in qualsiasi momento si presenti il bisogno.

Possono inoltrare domanda presso il proprio Comune di residenza o al Comune di Sant'Agata di Militello, capofila del Distretto socio sanitario n. 31, le persone che in atto usufruiscono di assistenza domiciliare e in possesso dei seguenti requisiti:

- Residenza in un Comune facente parte del Distretto socio sanitario n. 31;
- Invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento per gli anziani;
- Gravità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92 per i disabili gravi;
- ISEE relativa ai redditi del nucleo familiare (in corso di validità) non superiore a € 25.000,00.

Il contributo finalizzato al ricovero di sollievo non potrà superare l'importo giornaliero di € 70,00.

Ogni domanda dovrà essere corredata dall'individuazione della struttura presso la quale si chiede il ricovero che dovrà essere valutata dall'Assistente Sociale del Comune al fine di procedere alla necessità del ricovero di sollievo, interfacciandosi, ove necessario, con la figura medica referente per il Distretto Socio sanitario.

Il contributo sarà liquidato alla struttura dal Comune che ha autorizzato il ricovero, a seguito della documentazione comprovante le spese sostenute per il ricovero e della verifica della effettiva presenza del disabile presso la struttura.

Al presente avviso si allega il modello di domanda, che può essere ritirato presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e presso l'Ufficio Servizi Sociali di ogni Comune del Distretto n. 31.

Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza.

Il Coordinatore G. P.  
F.to (ing. G. Amantea)

Il Presidente del D. S. S. n. 31  
F.to (dott. C. Sottile)

Il Sindaco  
F.to (dott. A. Baglio)

# Distretto Socio Sanitario n.31

Al Signor Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri temporanei in strutture socio-sanitarie o sociali.

Il/la sottoscritto/a.....  
nat... a..... il ....., e residente in .....  
....., Via/c.da ....., n° .....,  
C.F. .... tel..... ,

## CHIEDE

Il ricovero per il proprio familiare \_\_\_\_\_  
presso la struttura \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penalo, previste dall'art 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art.75 del citato D.P.R. n.445/2000,

## DICHIARA

Che la persona per cui viene chiesto il ricovero, residente nel Comune di \_\_\_\_\_, usufruisce dell'assistenza domiciliare e si trova nel seguente stato:

- anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;
- disabile grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92;

Dichiara, inoltre, che il proprio nucleo familiare è così composto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento per gli anziani;
- Certificato di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92 per i disabili gravi;
- Attestazione I.S.E.E. , in corso di validità , relativa ai redditi del nucleo familiare, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, non superiore a € 25.000,00;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

● Copia del codice fiscale.  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'art.23 del Decreto Legislativo 196/2003, il Comune di \_\_\_\_\_, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa all'ammissione al contributo.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(Firma)  
\_\_\_\_\_