

AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI PROVINCIA DI LECCE

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 do 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 n° 70 anziani ultrasessantacinquenni, residenti negli otto 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.

Criteri di valutazione e attribuzione del punteggio

I 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 € 7.501,00 e 10.000,00 = punti 3;
- tra € 10.001,00 e 20.000,00 = punti 2;
- tra € 20.001,00 e 30.000,00 = 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 presentata entro il 10 aprile 2012 all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza o all'Ufficio Protocollo del Comune di Gallipoli sito alla Via Pavia.

Non verranno prese in considerazione le domande non complete di tutta la documentazione richiesta.

Istruttoria, formazione della graduatoria e ammissione al servizio

Personale dell'Ufficio di Piano curerà l'istruttoria delle domande ricevute e redigerà la formazione della graduatoria unica di Ambito mediante l'applicazione dei punteggi come sopra riportati.

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 www.ambitosociale.gallipoli.it

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. copia del documento di identità in corso di validità,
2. verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992) ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN (se in possesso);
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(se in possesso).

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 all'Ufficio dei 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, 13 marzo 2012

IL PRESIDENTE DELL'AMBITO
Dr. Michele MARCUCCIO

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE
DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)**

All'Ufficio Servizi Sociali
Del Comune di _____

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

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

CHIEDE

per se stesso

o per il coniuge _____ nato/a _____
_____ (____) il/ _____, residente in _____
_____ alla via _____
n. _____
domiciliato/a in _____ alla Via _____
n. _____, Codice Fiscale _____
n. _____ telefono _____

o per il familiare _____ nato/a _____
_____ (____) il/ _____, residente in _____
_____ alla via _____
n. _____
domiciliato/a in _____ alla Via _____
n. _____, Codice Fiscale _____
n. _____ telefono _____

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

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali cui va incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato DPR 445/2000 e del fatto che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sono considerate come fatte a pubblico ufficiale, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

1) con riferimento alla propria condizioni familiare, di essere nella seguente situazione (crociare quella in cui ritrova l'aspirante beneficiario del servizio):

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

2) con riferimento allo stato di salute, di essere nella seguente situazione (crociare quella in cui ritrova l'aspirante beneficiario del servizio):

- 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

A conferma di quanto dichiarato si allega alla presente domanda la seguente certificazione medica:

_____;

3) 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 _____ 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.

Il sottoscritto dichiara espressamente:

- di autorizzare l'Ambito di Zona di Gallipoli, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati contenuti nella presente domanda esclusivamente per le finalità ed adempimenti connessi allo svolgimento della procedura in oggetto;
- di autorizzare l'Ambito di Zona di Gallipoli, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, alla pubblicazione dei dati dichiarati nella presente domanda di ammissione alla selezione in oggetto sul sito internet istituzionale dell'Ente.

Data,

Firma non autenticata
(per esteso e leggibile da apporre a pena di esclusione)

.....

Allega:

1. copia del documento di identità in corso di validità,
2. verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992) ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN (se in possesso);
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 (se in possesso).