



COMUNE DI SANT'ANGELO A FASANELLA

PROVINCIA DI SALERNO

Sede piazza G. Marconi, 1 Tel. 0828/961006 Fax 0828/961346, CF 00553600651
E- Mail comune.santangeloaf@libero.it

Prot. n. del

AVVISO PUBBLICO

VISTA LA NOTA PROT. N.790 DEL 26/02/2024 TRASMESSA DAL PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO S07

CON PUBBLICO AVVISO L'UFFICIO PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI SANT'ANGELO A FASANELLA

RENDE NOTO

CHE E' INDETTO AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. E' UN SERVIZIO RIVOLTO AD ANZIANI CON ETA'SUPERIORE 65 ANNI, CON LIMITATA AUTONOMIA, CHE VIVONO DA SOLI E/O CHE VIVONO CON FAMIGLIE CHE NON SONO IN GRADO DI ASSICURARE UN BUON LIVELLO DI ASSISTENZA PER LA CURA E L'IGIENE DELLA PERSONA E DELLA CASA E PER IL MANTENIMENTO DELLE CONDIZIONI DI AUTONOMIA.

L'ISTANZA DI AMMISSIONE DOVRA' ESSERE CORREDATA A PENA DI ESCLUSIONE, DALLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- COPIA DI IDONEO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO;
- COPIA DEL CERTIFICATO DI INVALIDITA' E/O LEGGE 104/92
- SCHEDA DEL MEDICO CURANTE IN ALTERNATIVA AL CERTIFICATO D'INVALIDITA' E/O LEGGE 104/92
- AUTOCERTIFICAZIONE DELL'INTERESSATO O DEI SUOI FAMILIARI O DI ALTRI CONVIVENTI SULL'IMPOSSIBILITA' A GARANTIRE ADEGUATAMENTE LA CURA DEL SOGGETTO RICHIEDENTE IL SERVIZIO;
- ATTESTAZIONE ISEE

PER INFORMAZIONE, E SUPPORTO ALL'UTENTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E' POSSIBILE RIVOLGERSI ALL'UFFICIO PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI SANT'ANGELO A FASANELLA TUTTI I LUNEDI' DALLE ORE 9.00 alle 13,00.



IL SINDACO
AVV. GASPARE SALAMONE

U
COMUNE DI SANT'ANGELO A FASANELLA
A00 Sant'Angelo a Fasanelle
Protocollo N.0001409/2024 del 28/03/2024



A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445, sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):

DICHIARA

1. Che le sue condizioni di salute sono:

- ☐ persona titolare di certificazione di invalidità al 100% ed eventuale indennità di accompagnamento;
- ☐ persona titolare di certificazione di invalidità;
- ☐ persona parzialmente non autosufficiente con limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane;
- ☐ persona in condizione di isolamento/emarginazione sociale.

2. Che le condizioni familiari del destinatario del beneficio richiesto sono le seguenti:

- ☐ persona che vive sola e priva di rete familiare;
- ☐ persona che vive sola, con familiari residenti fuori Comune;
- ☐ persona che vive sola, con familiari nel Comune di residenza;
- ☐ persona che vive con familiare impegnato in attività lavorativa;
- ☐ persona che vive con coabitante, con familiari fuori Comune di residenza;
- ☐ persona che vive con coabitante, con familiari nel Comune di residenza;
- ☐ persona coabitante con 2 o più figli/genitori, parenti o affini o assistente familiare.

3. Che ha un livello di supporto familiare/extrafamiliare così articolato:

- ☐ persona in un nucleo familiare costituito da (escluso il beneficiario, specificare nome e cognome, età, grado di parentela, attività lavorativa, disabilità fisica/psichica o invalidità e tempi, modi e tipologia del sostegno garantito):

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività lavorativa	Disabilità fisica/psichica o invalidità Sì/No	Sostegno garantito	
					Tipologia	Tempi

- ☐ persona con figli non conviventi (specificare nome e cognome, età, residenza, recapiti e attività lavorativa):

Cognome e nome	Data di nascita	Comune di residenza	Recapito	Attività lavorativa	Sostegno garantito	
					Tipologia	Tempi

4. Che il destinatario del beneficio richiesto risulta:

- ☐ essere beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico
Indicare quale:

- ☐ di essere beneficiario di altro sostegno economico (ad es. Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, sostegno economico comunale ecc.)

Indicare quale:

- ☐;
- ☐ Altro
-

5. Che il valore ISEE del nucleo familiare, come da attestazione in corso di validità allegata alla presente domanda, è pari ad € _____;

DICHIARA altresì,

6. Che il destinatario del beneficio richiesto ha bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

- ☐ aiuto nell'igiene personale;
- ☐ aiuto nella vestizione;
- ☐ aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti;
- ☐ aiuto nella mobilitazione;
- ☐ aiuto nella deambulazione e nell'uso corretto di specifici ausili;
- ☐ aiuto nel governo e nella pulizia degli ambienti domestici;
- ☐ altro: _____

7. di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani e di tutte le condizioni in esso contenute che con la firma apposta in calce alla presente istanza di ammissione si intendono espressamente accettate e di impegnarsi ad osservarle tutte senza riserva alcuna;

8. di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell'Ambito S07;

9. di impegnarsi, qualora dovuto, al pagamento della quota di compartecipazione economica, secondo le modalità previste nell'Avviso pubblico in oggetto.

Si allega:

- o copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del richiedente;
- o copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del beneficiario se diverso dal richiedente;
- o attestazione I.S.E.E. socio sanitario in corso di validità;
- o copia del verbale della Commissione di invalidità Civile ed eventuale indennità di accompagnamento e/o certificato d'invalidità e/o legge 104/92;
- o documentazione attestante la temporanea o permanente perdita di autosufficienza;
- o scheda del medico curante in alternativa al certificato d'invalidità e/o legge 104/92;
- o autocertificazione dell'interessato o dei suoi familiari o di altri conviventi sull'impossibilità a garantire adeguatamente la cura del soggetto richiedente il servizio;

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali rilasciati per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare in oggetto nel rispetto del Dlgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e secondo la normativa vigente.

(luogo)

(data)

Il Richiedente/Il beneficiario

AUTODICHIARAZIONE

D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritta....., nata a.....
il....., in qualità di

DICHIARA

Di essere impossibilitato/a a garantire adeguatamente la cura
dell'anziano/a a cui si richiede il servizio di assistenza domiciliare.

Lì,

IL DICHIARANTE