



# COMUNE DI CALASCIBETTA

(Provincia Regionale di Enna)

## A V V I S O P U B B L I C O

### INTERVENTO ECONOMICO IN FAVORE DI ANZIANI CHE HANNO COMPIUTO 75 ANNI IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA. - DECRETO ASSESSORIALE N. 2753 DEL 16/12/2014 -

In applicazione de Decreto Assessoriale n.2753 del 16.12.2014, l'assessorato alla famiglia alle politiche sociali e lavoro eroga, attraverso i Comuni di residenza, un intervento di sostegno in forma di buono di servizio (Voucher) per le famiglie che assistono un anziano non autosufficiente.

#### **BENEFICIARI:**

● Sono beneficiari dell'intervento le famiglie, residenti nel territorio, che mantengono la persona anziana non autosufficiente nel proprio contesto di vita, gestendone direttamente o indirettamente l'assistenza

#### **REQUISITI:**

##### ● La persona anziana assistita deve:

- aver compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
- essere cittadino italiano, comunitario o extra comunitario (per i nuclei familiari composti da cittadini stranieri, il beneficiario e il familiare richiedente dovranno essere titolari di carta di soggiorno);
- essere stato dichiarato disabile grave o invalido al 100% ( tale stato dovrà essere certificato dalle autorità competenti);
- essere residente in un Comune della Regione Siciliana.

● Per accedere al voucher è necessario presentare una certificazione ISEE, con un valore massimo di € 7.000,00 dell'intero nucleo familiare in corso di validità.

#### **MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

##### ● Possono presentare domanda:

- l'anziano stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita (Allegato 1);
- i familiari, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda ( Allegato 2);
- il figlio non convivente che di fatto si occupa della tutela della persona anziana, purché sia residente nello stesso comune del beneficiario e che sia residente nel territorio regionale da almeno un anno alla data di scadenza di presentazione della domanda ( Allegato 3).

##### ● Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, sia dell'anziano non autosufficiente, sia del familiare richiedente;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità, rilasciato dagli uffici abilitati;
- certificazione, rilasciata dagli uffici competenti (ASP, Ministero dell'economia, INPS,etc.), dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato invalido al 100% o disabile grave.

L'istanza deve essere compilata utilizzando l'apposita modulistica reperibile presso i Servizi Sociali del Comune di Calascibetta. La stessa, debitamente compilata e sottoscritta a cura dei richiedenti, dovrà essere presentata all'Ufficio Protocollo del Comune, sito in Via Conte Ruggero, 14 – a decorrere dalla data di pubblicazione del presente "Avviso Pubblico" con allegata la documentazione richiesta, entro e non oltre il giorno **25 gennaio 2019**, pena l'esclusione dal beneficio.

Calascibetta li, 02/01/2019

L'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI

IL SINDACO

f.to Rosa Folisi

f.to Piero Capizzi

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN  
CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO  
SETTANTACINQUE ANNI**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

I/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ  
DICHIARA**

- a) di avere compiuto 75 anni;
- b) di essere inserito all'interno di un nucleo familiare e di essere legato ad almeno un componente di detto nucleo da vincolo di parentela, filiazione o affinità;
- c) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- d) di essere stato riconosciuto disabile grave ovvero di essere invalido al 100%;
- e) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n.109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art.1 D.P.C.M. 04.04.2001, n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore ad € **7.000,00**;

**CHIEDE**

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI  
BUONO DI SERVIZIO (VOUCHER)**

Il buono di servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi *no profit* iscritti all'Albo Regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

**A tal fine lo/a scrivente allega alla presente la sotto elencata documentazione così come previsto dall'Avviso:**

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento di un familiare, che parimenti sottoscrive la presente domanda e si impegna a garantire al sottoscritto beneficiario prestazioni di assistenza e di aiuto personale;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;

- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100%;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data

Firma del richiedente

---

---

Il/La sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del familiare

---

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN  
CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO  
SETTANTACINQUE ANNI**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

I/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**DICHIARA**

- a) che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente per vincolo di parentela o affinità il Sig./Sig.ra ..... anziano/anziana che ha compiuto i settantacinque anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;
- b) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- d) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n.109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art.1 D.P.C.M. 04.04.2001, n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore ad € 7.000,00;

**CHIEDE**

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI  
BUONO DI SERVIZIO (VOUCHER)**

Il buono di servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi *no profit* iscritti all'Albo Regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

A tal fine lo/a scrivente allega alla presente la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100%;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data

Firma del richiedente

---

---

Il/La sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del familiare

---

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN  
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO  
SETTANTACINQUE ANNI**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art.46  
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

figlio/a non convivente del/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ  
DICHIARA**

- a) di essere figlio, non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana;
- b) di risiedere nello stesso Comune dell'anziano, di cui sopra, ed è residente nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- d) che il suddetto anziano ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00;

**CHIEDE**

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI  
BUONO SERVIZIO (VOUCHER)**

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi *no profit* iscritti all'Albo Regionale delle istituzioni socio-assistenziali, di cui all'art.26 della L.R.22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

- A tal fine lo/la scrivente allega alla presente la sotto elencata documentazione così come previsto all'Avviso:
- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, **ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000;**
  - fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;
  - attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
  - certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100%.

Il/La sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data

Firma del richiedente

---

---

Il/La sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del richiedente

---