

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

Comune capofila AGRIGENTO

Aragona – Comitini – Favara – Ioppolo Giancaxio - Porto Empedocle – Raffadali – Realmonte - Santa Elisabetta – Sant'Angelo Muxaro – Siculiana -

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE.

N 2025 DEL 5 OTT 2016

Oggetto: Interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri di sollievo. Approvazione avviso pubblico

Il Titolare Posizione Organizzativa

Premesso che l'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali, con nota prot. 43955 del 29/12/2015, ha emanato specifiche linee guida per l'avvio di interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricovero di sollievo in strutture socio sanitarie, da attuare attraverso gli enti gestori dei servizi socio assistenziali, con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;

che nelle linee guida in questione sono chiarite le modalità di accesso al beneficio e in particolare è stato specificato che l'accesso al ricovero di sollievo è previsto per coloro i quali usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare e l'invalidità al 100%, con indennità di accompagnamento, per gli anziani e per i disabili la certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92;

che il servizio in questione è interamente finanziato dall'Assessorato regionale della Famiglia ed è rivolto a tutti i Comuni del Distretto Socio Sanitario D1

che gli Uffici di Servizio Sociale hanno predisposto apposito avviso pubblico, unitamente allo schema di istanza

vista la l.r. 22/86

vista la legge 328/2000

PROPONE

per le motivazioni in premessa illustrate e che qui si intendono integralmente riportate
di approvare, in relazione all'istituendo servizio di ricoveri di sollievo, i seguenti atti, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
- sub a) avviso pubblico

- sub b) modello di istanza

trasmettere a tutti i Comuni del Distretto Socio Sanitario per la pubblicità, senza limiti temporali sui siti internet e , per la massima diffusione, la documentazione sopra richiamata
di trasmettere il presente provvedimento, al Sindaco, al Segretario generale, al Dirigente dei Servizi Sociali comunali, Coordinatore del Distretto Socio Sanitario D1, per il preventivo parere di regolarità tecnica e per l'approvazione del provvedimento e al Dirigente dei Servizi Finanziari Comunali per il parere di regolarità contabile.

Il Titolare Posizione Organizzativa
V. Falauto

Si attesta la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, ai sensi dell'art. 147 bis del d.lgs. 268/2000, nonché dell'istruttoria seguita, con particolare riferimento alla sussistenza di tutti i presupposti di fatto e le ragioni giuridiche necessarie per l'emanazione del provvedimento finale di competenza del Dirigente.

Il Titolare Posizione Organizzativa
V. Falauto

IL DIRIGENTE

Visto il superiore documento istruttorio esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica della proposta di provvedimento che precede, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del d.lgs. 267/2000 e dell'art. 1. lett. I, della l.r. 48/91, come integrato dall'art. 12 della l.r. 30/2000;

DETERMINA

Di approvare la proposta di provvedimento che precede, parte integrante e sostanziale del presente atto, facendola propria.
Si da atto che il presente provvedimento produrrà i suoi effetti dopo l'acquisizione, con numerazione al registro generale delle determinazioni del Settore I e previa sottoscrizione del parere di regolarità contabile da parte del Responsabile del Settore Finanziario.

Il Dirigente Coordinatore del Distretto Socio Sanitario D1
D.ssa Inglima Modica F.
03/10/2016

Visto e condiviso il contenuto dell'istruttoria, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità contabile del provvedimento che precede ai sensi e per gli effetti dell'art. 49 del decreto legislativo n. 267/2000 e dell'art. 1, comma 1, lett. i, della legge regionale n. 48/1991, come integrato dall'art. 12 della legge regionale n. 30/2000, nonché l'assenza di condizioni che possano determinare lo squilibrio nella gestione delle risorse.

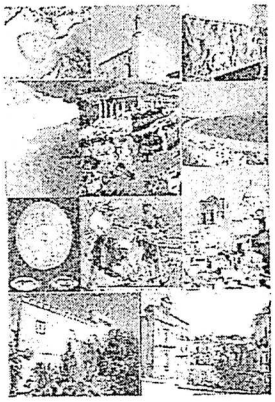
Ai sensi dell'art. 184, 4 comma, del decreto legislativo n. 267/2000 sono stati effettuati i controlli ed i riscontri amministrativi, contabili e fiscali sul presente atto di liquidazione.

PRESA ATTO

li 04/10/2016

Il Dirigente del settore V
(Giovanni Viantione)

"A"



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

Comune capofila AGRIGENTO

Aragona – Comitini – Favara – Ioppolo Giancaxio - Porto Empedocle – Raffadali – Realmonte - Santa Elisabetta – Sant'Angelo Muxaro – Siculiana -

F.N.A. Anni 2013/2014

INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

AVVISO PUBBLICO

Si comunica alla cittadinanza che, in esecuzione delle linee guida emanate dall' Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali con nota prot. 43955 del 29/12/2015, il Distretto Socio Sanitario D1 procederà all' attivazione dell' azione progettuale per interventi complementari all' assistenza domiciliare mediante ricoveri di sollievo in strutture socio sanitarie, da attuare attraverso gli Enti gestori dei servizi socio assistenziali, con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati.

Il ricovero di sollievo, avente carattere di temporaneità, è 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 ricovero temporaneo può essere usufruito per un massimo di gg. 30 nell' arco dell' anno solare, trascorsi presso strutture residenziali, socio sanitarie o sociali.

Possono presentare domanda presso il proprio Comune di residenza o presso il Comune di Agrigento, capofila del Distretto Socio Sanitario D1, le persone che on atto usufruiscono di assistenza domiciliare ed in possesso dei seguenti documenti e requisiti:

-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 n. 104/92, per i disabili gravi
-dichiarazione ISEE relativa ai redditi del nucleo familiare (in corso di validità) non superiore ad € 25.000,00;

Il contributo finalizzato 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 presentazione della documentazione comprovante le spese sostenute per il ricovero e della verifica della effettiva presenza del disabile o dell' anziano presso la struttura.

Le domande devono essere presentate presso l' ufficio di protocollo del Comune di residenza o presso l' Ufficio protocollo del Comune di Agrigento, in qualsiasi momento si presenti il bisogno da parte della famiglia della persona fragile, utilizzando il modello predisposto e allegato al presente avviso pubblico.
I moduli delle domande possono essere scaricati dal sito ufficiale del Comune di residenza o richiesti presso gli uffici di servizio sociale dei comuni d' ambito negli orari di accesso al pubblico.

Alla domanda è necessario allegare la seguente documentazione di seguito indicata:

-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 n. 104/92, per i disabili gravi
-dichiarazione ISEE relativa ai redditi del nucleo familiare (in corso di validità) non superiore ad € 25.000,00;

Non saranno prese in considerazione istanze di coloro i quali, in atto, non usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare anziani o disabili.

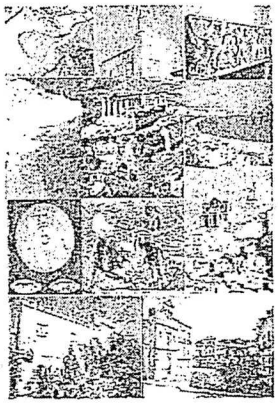
Il servizio di ricovero di sollievo sarà assicurato nel limite del finanziamento concesso al Distretto Socio Sanitario D1 dall' Assessorato Regionale della Famiglia.

In caso di presentazione di istanze superiore al finanziamento regionale, si procederà ai ricoveri tenendo conto della data di presentazione cronologica delle istanze medesime.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di _____ - Settore ____ - orario di ricevimento del pubblico : lunedì - mercoledì - venerdì, dalle ore 11,00 alle ore 13,00.

Il Dirigente Coordinatore del Distretto Socio Sanitario D1
D.ssa F. Inglima Modica

"B"



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

Comune capofila AGRIGENTO

Aragona – Comitini – Favara – Ioppolo Giancaxio - Porto Empedocle – Raffadali – Realmonte - Santa Elisabetta – Sant'Angelo Muxaro – Siculiana -

(modulo richiesta fruizione del servizio di ricovero di sollievo)

Al Comune di _____
Ufficio di Settore Servizio Sociale

Oggetto: Istanza per la concessione di un contributo per il ricovero di sollievo.

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ e residente in _____
Via _____ nr. _____ tel. _____ nella qualità di _____ con riferimento all'avviso pubblico
(padre, madre, gennano/a, tutore etc....)
attinente la concessione di un contributo per il ricovero di sollievo.

C H I E D E

di potere ricoverare presso l'Istituto _____ il proprio congiunto sig._____, per un periodo di gg._____ , quale ricovero di sollievo .

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamati dall'art. 76 del D.P.R. nr. 445 del 28/12/2000, ai fini dell'ottenimento/mantenimento dei ricovero di sollievo

D I C H I A R A

che il soggetto per cui si chiede il beneficio usufruisce del servizio di assistenza domiciliare presso il Comune di _____e che è in possesso dei seguenti requisiti:

- 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 n. 104/92, per i disabili gravi

-dichiarazione ISEE relativa ai redditi del nucleo familiare (in corso di validità) non superiore ad € 25.000,00;

dichiara, altresì, che il proprio nucleo familiare è così composto:

_____C.F.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

A tal uopo si allega la documentazione sopra scritta, unitamente allo stato di famiglia:

Letto, confermato e sottoscritto

Agrigento lì _____

Firma

_____

Nota bene:

- ;
- *Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. nr. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato o se impossibilitato da un componente il nucleo familiare e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore;*
- *Ai sensi del D. Lgs nr. 196/2003, si comunica che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*