



Comune di Capo d'Orlando

(Provincia di Messina)

AMBITO DISTRETTUALE OTTIMALE

Distretto Socio Sanitario 31

Comuni di: Capo d'Orlando-Capri Leone e Torrenova

AVVISO PUBBLICO

Oggetto: F.N.A. Anni 2013/2014. Ricoveri di sollievo.

L'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con nota prot. llo n. 43955 del 29.12.2015 ha reso noto che, in attuazione alle deliberazioni di giunta Regionale 273 – 386/2015 sono stati approvati i programmi attuativi del Fondo per le non autosufficienze annualità 2015 che hanno riservato somme per interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri di sollievo in strutture socio sanitarie.

Tali somme saranno assegnate ai Distretti Socio Sanitari sulla base del numero della popolazione.

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 potrà 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 30 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 in qualsiasi momento si presenti il bisogno, da parte della famiglia della persona fragile.

Potranno inoltrare la domanda presso il proprio Comune o al Comune capofila del Distretto Socio Sanitario di residenza, le persone che in atto usufruiscono di assistenza domiciliare ed in possesso dei seguenti requisiti:

- Stato di famiglia;
- 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 disabili gravi;
- Dichiarazione 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.

Per informazioni e/o chiarimenti rivolgersi all'Assistente Sociale del Comune di residenza:

-Capo d'Orlando – Lucia Bontempo telefono: 0941915347, e-mail: luciabontempo@comune.capodorlando.me.it;

- Capri Leone – Antonina Caputo telefono: 0941950812, e-mail: sociali@comune.capri Leone.me.it;

- Torrenova – Giuseppina Germanò telefono: 0941785060, e-mail: giusyger@hotmail.it.

Dalla Residenza Municipale, il 20/01/2016

IL COORDINATORE GRUPPO PIANO
D.ssa Concettina Ventimiglia

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
Dr. Enzo Sindoni

Distretto Socio Sanitario 31
AREA OMOGENEA DISTRETTUALE n. 2
Comuni di: Capo d'Orlando-capofila- Caprileone e Torrenova
F.N.A. Anni 2013/2014. Ricoveri di sollievo.

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI _____**

OGGETTO: Richiesta concessione contributo per ricovero di sollievo in struttura Socio Sanitaria per familiare convivente.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ il _____

C.F. _____ e residente in _____

Via/C.da _____ n. _____ tel. _____

email _____ pec _____

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 penali, 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, 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;

▪ di essere residente nel Comune di _____ facente parte dell'A.O.D. n. 2.

▪ che il proprio nucleo familiare è così composto: _____

Allega alla presente 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 disabili gravi;

▪ Attestazione I.S.E.E., relativa ai redditi del nucleo familiare, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, (in corso di validità), non superiore a € 25.000,00;

▪ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

▪ Fotocopia Copia del codice fiscale;

Il/la sottoscritto/a 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