



**AVVISO PUBBLICO  
COMUNE DI SCANDALE**

Si rende noto che il Co.Pro.S.S., Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali con sede in Crotone, attiverà il "Servizio di Assistenza Domiciliare a favore di Disabili Gravi ed anziani ultrasessantacinquenni non Autosufficienti eletti in ADI, residenti nel Comune di Scandale.

Il servizio prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni:

**A) Prestazioni relative alla persona**

- aiuto nell'igiene e cura personale (alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, nutrirsi, ecc.);
- aiuto per una corretta deambulazione, per movimento o riposo di arti, per l'utilizzo di accorgimenti o attrezzi atti a raggiungere o consentire l'autosufficienza;
- prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione in un programma globale di assistenza in collaborazione con il servizio sanitario: prevenzione delle piaghe da decubito, assistenza per la corretta esecuzione delle prestazioni farmacologiche;
- disbrigo di semplici pratiche amministrative o commissioni, aiuto per il corretto svolgimento delle diverse pratiche amministrative finalizzate all'ottenimento di prestazioni, pagamento di bollette, ritiro di pensioni, ecc.;
- segretariato sociale e informazioni sulle risorse del territorio, sui servizi esistenti e sulle modalità di accesso;
- aiuto per favorire la socializzazione mantenendo e rafforzando le relazioni familiari, amicali e sociali.

## **B) Prestazioni di aiuto domestico**

- pulizia dei locali abitualmente utilizzati dall'utente, comprendendo il riordino degli ambienti, la pulizia dei mobili e dei pavimenti;
- acquisto di generi di quotidiana necessità;
- preparazione dei pasti nei casi in cui l'utente sia impossibilitato a farlo da sé;
- cambio della biancheria, servizio di lavanderia e stireria;
- aiuto nel lavaggio dei piatti e delle stoviglie;

Per usufruire del servizio di assistenza domiciliare è necessario presentare domanda al Co.Pro.S.S. Via Botteghelle 88900 Crotone, redatta sull'apposito modello da ritirare presso la sede del Consorzio o presso il Comune di residenza.

**Per gli eletti in ADI**, la domanda deve essere corredata da:

- attestazione ISEE anno 2011 riguardante la famiglia anagrafica;
- certificazione attestante l'iscrizione al servizio ADI;
- altre certificazioni mediche ritenute utili per la fruizione del servizio.

**Per i Disabili Gravi**, la domanda deve essere corredata da:

- attestazione ISEE anno 2011 riguardante la famiglia anagrafica;
- certificazione attestante il riconoscimento di disabilità grave ai sensi della legge 104/92;
- altre certificazioni mediche ritenute utili per la fruizione del servizio.

*Possono fare richiesta anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti (che non sono eletti ADI e non sono riconosciuti Disabili Gravi ai sensi della legge 104/99). In questo caso le richieste verranno valutate tenendo conto del profilo personale, le condizioni reddituali e il supporto familiare. La domanda deve essere accompagnata da:*

- *attestazione ISEE anno 2011 riguardante la famiglia anagrafica;*
- *certificato medico sullo stato di salute del richiedente.*



L'istruttoria della domanda sarà a cura del Co.Pro.S.S che formulerà una graduatoria di tutti coloro i quali avranno prodotto domanda dando precedenza assoluta agli eletti in ADI e ai Disabili Gravi riconosciuti ai sensi della legge 104/92.

Crotone 11.02.2013

Il Direttore  
D.ssa Alba FUSTO

*Spett.le Co.Pro.S.S.  
Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali  
Via Nazioni Unite n. 85  
88900 Crotone*

---

**RICHIESTA SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI PAZIENTI**

**ELETTI in ADI**

**COMUNE DI SCANDALE**

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

Nome e cognome.....

Residenza.....

Telefono.....

Data di nascita.....luogo.....Sesso M↑F↑

Stato civile

- Celibe/Nubile
- Sposato/a
- Separato/a-Divorziato/a
- Vedovo/a
- Convivente

**Dichiara di trovarsi nelle condizioni di:**

- Non autosufficienza allettato
- non autosufficienza con supporto di carrozzina
- non autosufficienza con altri ausili
- deficit motorio senza ausili
- Autosufficienza

di essere affetto dalla seguente patologia:

---

---

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

Da solo, senza famiglia

Da solo, con famiglia residente in altro comune

Da solo, con famiglia residente nel comune

In compagnia del coniuge

In compagnia di altri

Numero di persone che convivono stabilmente.....

Vi sono altre persone con disabilità in famiglia? SI  NO

### **ASSISTENZA ATTUALE**

Attualmente l'utente è assistito:

Da nessuno

Da un familiare ultrasessantacinquenne

Da un solo familiare

Da più familiari

Da altri operatori

indicare quale servizio e per quante ore a settimana.....

.....

**Firma**

Data

*Spett.le Co.Pro.S.S.  
Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali  
Via Nazioni Unite n. 85  
88900 Crotone*

---

**RICHIESTA SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI PAZIENTI**

**DISABILI GRAVI**

**COMUNE DI SCANDALE**

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

Nome e cognome.....

Residenza.....

Telefono.....

Data di nascita.....luogo.....Sesso M↑F↑

**Stato civile**

- Celibe/Nubile
- Sposato/a
- Separato/a-Divorziato/a
- Vedovo/a
- Convivente

**Dichiara di trovarsi nelle condizioni di:**

- Non autosufficienza allettato
- non autosufficienza con supporto di carrozzina
- non autosufficienza con altri ausili
- deficit motorio senza ausili
- Autosufficienza

di essere affetto dalla seguente patologia:

---

---

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

Da solo, senza famiglia

Da solo, con famiglia residente in altro comune

Da solo, con famiglia residente nel comune

In compagnia del coniuge

In compagnia di altri

Numero di persone che convivono stabilmente.....

Vi sono altre persone con disabilità in famiglia? SI  NO

### **ASSISTENZA ATTUALE**

Attualmente l'utente è assistito:

Da nessuno

Da un familiare ultrasessantacinquenne

Da un solo familiare

Da più familiari

Da altri operatori

indicare quale servizio e per quante ore a settimana.....

.....

**Firma**

Data

*Spett.le Co.Pro.S.S.  
Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali  
Via Nazioni Unite n. 85  
88900 Crotone*

---

**RICHIESTA SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE ANZIANI  
ULTRASSESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI  
COMUNE DI SCANDALE**

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

Nome e cognome.....

Residenza.....

Telefono.....

Data di nascita.....luogo.....Sesso M↑F↑

**Stato civile**

- Celibe/Nubile
- Sposato/a
- Separato/a-Divorziato/a
- Vedovo/a
- Convivente

**Dichiara di trovarsi nelle condizioni di:**

- Non autosufficienza allettato
- non autosufficienza con supporto di carrozzina
- non autosufficienza con altri ausili
- deficit motorio senza ausili
- Autosufficienza

di essere affetto dalla seguente patologia:

---

---

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

Da solo, senza famiglia

Da solo, con famiglia residente in altro comune



- Da solo, con famiglia residente nel comune
- In compagnia del coniuge
- In compagnia di altri

Numero di persone che convivono stabilmente.....

Vi sono altre persone con disabilità in famiglia? SI  NO

### **ASSISTENZA ATTUALE**

Attualmente l'utente è assistito:

- Da nessuno
- Da un familiare ultrasessantacinquenne
- Da un solo familiare
- Da più familiari
- Da altri operatori

indicare quale servizio e per quante ore a settimana.....  
.....

Data

**Firma**