



## AVVISO PUBBLICO

### DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI MESORACA

Si rende noto che il Co.Pro.S.S., Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali, con sede in Crotona, attiverà il “Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale a favore di soggetti non autosufficienti” residenti nei Comuni di: **Cotronei, Mesoraca, Petilia Policastro, Roccabernarda, Santa Severina**

Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale è costituito da un complesso di interventi e di prestazioni a carattere socio-assistenziale, con eccezione di quelle di carattere sanitario, erogati a domicilio di chiunque si trovi in condizioni di temporanea o permanente necessità di aiuto per la gestione della propria persona, per il governo della casa e per la conservazione dell'autonomia di vita in casa, in famiglia e nel proprio contesto sociale

Possono usufruire del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale tutti i cittadini residenti non autosufficienti, temporaneamente residenti, stranieri immigrati o apolidi, purchè regolarizzati in base alle vigenti disposizioni di legge, che si trovino nella condizione di non autosufficienza, indipendentemente dalle cause che le hanno determinate ed in particolare coloro che, persone o nuclei familiari:

- Si trovano in stato di malattia o invalidità tale da comportare la necessità di aiuto da parte di altre persone, per un periodo più o meno lungo;
- Non dispongono di sufficiente assistenza familiare;
- Vivono in famiglia, ma con forte situazione di disagio;
- Si trovano in particolari condizioni di bisogno temporaneo, da richiedere altrimenti inserimenti c/o comunità/alloggio, case albergo o strutture varie di tipo residenziale.

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 su apposito modello da ritirare presso il Co.Pro.S.S. o presso il Comune di residenza. Alla domanda, debitamente compilata, deve essere allegata la seguente documentazione:

- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Certificato del medico curante che attesti la condizione di non autosufficienza e la necessità di usufruire del servizio di assistenza domiciliare.

La domanda, redatta sotto forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 455/2000, deve essere presentata all'ufficio Protocollo del Co.Pro.S.S. **entro il 23.02.2018**

L'istruttoria sarà a cura del Co. Pro. S. S. che redigerà una graduatoria tenendo conto di:

1. ISEE;
2. Composizione nucleo familiare;
3. Indennità percepite.

I beneficiari dovranno compartecipare il costo orario del servizio. La quota di compartecipazione verrà calcolata tenendo conto della seguente tabella:

- Quota di € 0.50 ad ora – utenti con ISEE fino ad € 8.000,00;
- Quota di € 1.00 ad ora – utenti con ISEE fino ad € 8.000,01 ad € 15.000,00;
- Quota di € 2.00 ad ora – utenti con ISEE superiore ad € 15.000,01.

La quota, che verrà calcolata prima dell'inizio del servizio stesso, dovrà essere versata con bonifico bancario/postale al Comune di Mesoraca cod. IBAN:

**I T 7 8 X 0 5 3 8 7 4 2 6 3 0 0 0 0 0 0 8 2 6 9 6 4**

Il mancato versamento della quota determinerà il mancato avvio del servizio di assistenza domiciliare.

Crotone 25.01.2018

Il Direttore  
D.ssa Alba **FUSTO**



*Spett.le Co.Pro.S.S.  
Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali  
Via Mario Nicoletta n. 28  
88900 Crotone*

---

**RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE a favore di  
COMUNE DI .....**

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

Nome e cognome.....

Residenza.....

Telefono.....

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

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO ( se diverso dal richiedente)**

Nome e cognome.....

Residenza.....

Telefono.....

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

**Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

Che il beneficiario è:

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

è:

affetto dalla seguente patologia:

---

(Allegare certificato medico e certificato di invalidità, se in possesso).

è:

perceutore d' indennità di.....( accompagnamento o alte indennità)

non è percettore indennità

(barrare con una X la casella corrispondente)

**Che il nucleo familiare è così composto:**

vive da solo, senza famiglia

vive da solo, con famiglia residente in altro comune

vive da solo, con famiglia residente nel comune

vive in compagnia del coniuge

vive in compagnia di altri

Numero di persone che convivono stabilmente.....

Vi sono altre persone con disabilità in famiglia? SI  NO

Che attualmente l'utente è assistito:

Da nessuno

Da un familiare ultrasessantacinquenne

Da altri operatori

indicare quale servizio .....

.....  
Da un solo familiare

Da più familiari

**allega:**

ISEE in corso di validità

Certificato medico

**Data**

**Firma**