



## **BANDO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEI SERVIZI DOMICILIARI - FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) ANNUALITÀ 2021**

### **Art. 1 - Premessa**

Il Co.Pro.S.S. - Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali, in qualità di **soggetto attuatore** per l'Ambito Territoriale Sociale di Mesoraca, in attuazione del Programma Regionale FNA 2021 e delle Linee Guida Regionali, emana il presente Bando per l'individuazione dei beneficiari dei servizi domiciliari a favore di persone in condizioni di non autosufficienza, residenti nei Comuni afferenti all'Ambito.

### **Art. 2 - Oggetto**

Il presente bando ha ad oggetto l'erogazione di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e socio-educativa in favore di persone non autosufficienti, finanziati con risorse del **Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - Annualità 2021**.

I servizi sono finalizzati a:

- favorire la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto di vita;
- sostenere le famiglie nella gestione dell'assistenza;
- garantire interventi personalizzati in relazione ai bisogni socio-sanitari rilevati.

### **Art. 3 - Destinatari**

Possono presentare domanda i residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Mesoraca che si trovino in condizione di non autosufficienza, debitamente certificata, e che siano in possesso dei requisiti previsti dal Programma Regionale FNA 2021.

### **Art. 4 - Requisiti di accesso**

Per l'accesso al servizio è necessario:

- essere residenti in uno dei Comuni dell'Ambito;
- essere in condizioni di non autosufficienza documentata;
- presentare attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- non beneficiare di altri interventi domiciliari sovrapponibili (es. ADI, SAD), salvo integrazione.

### **Art. 5 - Presentazione delle domande**

Le domande devono essere presentate **entro e non oltre le ore 12:00 del 31/10/2025**, utilizzando l'apposita modulistica disponibile presso:

- l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza;
- il sito web del Co.Pro.S.S.;

La domanda, debitamente compilata e firmata, può essere trasmessa:

- a mano presso l'Ufficio Protocollo del Co.Pro.S.S.;
- via PEC all'indirizzo [copross@pec.it](mailto:copross@pec.it)

#### **Art. 6 - Istruttoria e valutazione**

Le domande pervenute saranno sottoposte a:

- Istruttoria formale, per la verifica dei requisiti di ammissibilità;
- Valutazione, da parte della Commissione nominata con atto del Co.Pro.S.S., sulla base della seguente griglia di punteggio:

Critero	Descrizione	Punteggi attribuibili
<b>1. Grado di non autosufficienza</b>	Totale (15), Grave (10), Media (5), Lieve (0)	max 15
<b>2. Intensità assistenziale richiesta</b>	Alta (10), Media (5), Bassa (2)	max 10
<b>3. Condizioni socio-economiche</b>	ISEE ≤ 6.000 € e nessun caregiver (10); 6.000-12.000 € (6); >12.000 € (3); mancato ISEE (0)	max 10
<b>4. Assenza di altri servizi</b>	Nessun servizio (5); parziale (2); già attivi (0)	max 5

**Punteggio massimo totale: 40 punti.**

In caso di **parità di punteggio**, si darà priorità alla persona con maggiore grado di non autosufficienza e, successivamente, alla domanda con protocollo anteriore.

#### **Art. 7 - Formazione della graduatoria**

Sulla base dei punteggi attribuiti, sarà redatta una **graduatoria provvisoria**, approvata con Determinazione Dirigenziale e pubblicata:

- all'Albo Pretorio e sul sito del Co.Pro.S.S.;
- sui siti istituzionali dei Comuni dell'Ambito.

Eventuali osservazioni potranno essere presentate nei termini indicati nell'avviso. Decorso tale termine, la graduatoria diverrà definitiva.

#### **Art. 8 - Quota di compartecipazione**

I beneficiari dovranno compartecipare al costo orario del servizio secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{ISEE socio-sanitario} - 9.360,00}{25.000,00 - 9.360,00}$$

dove:

- € 9.360,00 = **ISEE iniziale**: fino a tale importo, il servizio è gratuito;
- € 25.000,00 = **ISEE finale**: oltre tale importo, il costo del servizio è interamente a carico dell'utente.

**Esempio**: per un ISEE pari a **Euro 17.000**, la quota sarà calcolata in proporzione tra la differenza rispetto a **Euro 9.360** e l'intervallo totale **Euro 25.000 - Euro 9.360**.

In presenza di un ISEE superiore a **Euro 25.000**, il costo del servizio sarà a completo carico dell'utente.

**Non è prevista alcuna compartecipazione se il servizio è destinato a minori con disabilità.**

La quota dovrà essere versata **prima dell'inizio del servizio**, tramite bonifico bancario/postale a **Co.Pro.S.S. - IBAN: IT26Q0538722200000000832336**

Il mancato versamento della quota dovuta determinerà il **mancato avvio del servizio**.

#### **Art. 9 - Informazioni e trattamento dati**

Per informazioni è possibile rivolgersi all'Ufficio di Piano o ai Servizi Sociali del Comune di residenza. Il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto del **Regolamento UE 2016/679 (GDPR)** e della normativa nazionale vigente.

#### **Art. 10 - Disposizioni finali**

Il presente Bando è pubblicato all'Albo Pretorio online e sul sito istituzionale del Co.Pro.S.S. e dei Comuni dell'Ambito.

Per quanto non previsto, si fa riferimento alla normativa regionale e nazionale in materia di interventi per la non autosufficienza.

Crotone 15.10.2025

Prot. n. **2114**

Il Diretto  
Dott.ssa **Alba FUSCO**





**ALLEGATO A**  
**DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**  
**Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - Annualità 2021**

**Al Co.Pro.S.S.**

Via Mario Nicoletta, n. 28

88900 Crotone

PEC: [copross@pec.it](mailto:copross@pec.it)

Il/La sottoscritto/a **Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare

\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

**Diretto interessato/a**

**Genitore/tutore/amministratore di sostegno del/la sig./sig.ra**

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a beneficiare del **Servizio di Assistenza Domiciliare** nell'ambito delle misure previste dal **FNA 2021 - Ambito Territoriale Sociale di Mesoraca**, secondo quanto stabilito dal bando pubblico.

**DICHIARA,**

**ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:**

1. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
2. che il/la beneficiario/a si trova in condizioni di **non autosufficienza**, come da documentazione sanitaria allegata;
3. di essere in possesso di **attestazione ISEE socio-sanitario** in corso di validità anno \_\_\_\_\_, del valore di Euro \_\_\_\_\_;
4. di non beneficiare, al momento della domanda, di altri servizi domiciliari sovrapponibili (es. ADI, SAD), salvo quanto specificato nella sezione successiva;
5. di accettare le modalità di compartecipazione al costo del servizio indicate nel bando.

**DATI RELATIVI ALLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Totale       Grave       Media       Lieve

(Allegare: verbali UVG/UVM, certificazione sanitaria, PAI, ecc.)

**INTENSITÀ ASSISTENZIALE RICHIESTA**

(indicare la frequenza e tipologia di interventi richiesti)

- Interventi giornalieri ad alta intensità
- Interventi giornalieri a media intensità
- Interventi saltuari / bassa intensità

Descrizione sintetica del bisogno assistenziale:

---

---

---

**ALTRI SERVIZI DI CUI SI BENEFICIA ATTUALMENTE**

Nessuno       ADI       SAD       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- Copia documento d'identità del richiedente/beneficiario
- Certificazione sanitaria
- Attestazione ISEE socio-sanitario
- Eventuale documentazione UVG/UVM / PAI
- Altro: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI FINALI**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto nel bando pubblico e di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente / genitore / tutore

Firma del beneficiario (se diverso)