



# COMUNE DI SOLARINO

## UFFICIO SERVIZI SOCIALI

\*\*\*\*\*

### AVVISO PUBBLICO

#### ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Si porta a conoscenza della cittadinanza che si aprono i termini per la presentazione delle istanze di ammissione al servizio di **ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI ANZIANI** privi di adeguata assistenza da parte dei familiari, e comunque , in una situazione economica precaria.

Le prestazioni fornite potranno essere le seguenti:

- igiene e cura dell'ambiente
- igiene e cura della persona
- deambulazione assistita semplice
- preparazione del pasto
- lavaggio e stiratura biancheria
- disbrigo pratiche

I requisiti richiesti per l'accesso al servizio in argomento sono i seguenti:

- aver compiuto i 65 anni di età
- essere residenti nel Comune di Solarino
- non fruire di altro servizio di assistenza erogato da altri enti (ASP, Distretto, etc) quali, a titolo di esempio, Disabilità Gravissima, Home Care Premium, ex art. 14 L. 328/2000.

Le istanze, redatte esclusivamente su modelli forniti dall'Ufficio Servizi Sociali o reperibili sul sito istituzionale del Comune, dovranno essere presentate entro il 20 febbraio presso l'Ufficio Protocollo del Comune o tramite PEC all'indirizzo [comune@solarino-pec.it](mailto:comune@solarino-pec.it)

All'istanza dovrà essere allegata la sotto elencata documentazione:

- Modello I.S.E.E. in corso di validità
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità

- Eventuale certificazione di invalidità.

Le prestazioni assistenziali da erogare all'anziano, previste dalla normativa vigente, verranno assegnate sulla base delle valutazioni del Servizio Sociale che individuerà lo stato di bisogno e le risposte più idonee a soddisfarlo. Lo stesso provvederà a stilare una graduatoria degli aventi diritto.

Le istanze pervenute fuori termini verranno poste in coda alla suddetta graduatoria e saranno prese in considerazione qualora rimangano disponibili ulteriori posti.

La graduatoria verrà redatta secondo i seguenti criteri:

### 1) Situazione familiare

• anziano solo non autosufficiente	Punti 5
• anziano con un familiare convivente non autosufficiente	Punti 4
• anziano con figli non residenti nel Comune	Punti 3
• anziano con figli residenti nel Comune	Punti 1
• anziano con coniuge o figli o altri parenti conviventi	Punti 0

### 2) Invalidità

• invalidità senza accompagnamento	Punti 5
• invalidità con accompagnamento	Punti 0

### 3) Età

• da 65 a 70 anni	Punti 1
• da 71 a 75 anni	Punti 2
• da 76 a 80 anni	Punti 4
• da 81 a 85 anni	Punti 6
• da 86 anni in su	Punti 8

#### 4) Reddito (Modello ISEE, Indicatore SR)

Sino a	Punti
€ 10.214,68	4
€ 13.619,58	3
€ 16.003,00	2
€ 18.386,43	1
Oltre € 18.386,43	0

A parità di punteggio sarà data priorità all'anziano con maggiore età.

L'Ufficio si riserva di procedere ad idonei controlli, anche a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese.

*Il Capo Settore Affari Amministrativi*

*f.to Dott. Antonino Listo*



# COMUNE DI SOLARINO

Provincia di Siracusa  
Centralino (0931) 921329 - 921380

Al Signor Sindaco  
del Comune di Solarino

Oggetto: Assistenza domiciliare in favore di anziani

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ domiciliato/a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

CHIEDE

l'ammissione al servizio di Assistenza domiciliare anziani

- per sè
- per la persona di seguito indicata

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ domiciliato/a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e, consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo al servizio in argomento;  
che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio
- ha età di \_\_\_\_\_ anni compiuti;
- ha un 'invalidità del \_\_\_\_\_ %;
- usufruisce di indennità d'accompagnamento;
- non usufruisce di indennità di accompagnamento;

- fruiscce di altri servizi di assistenza domiciliare erogati da \_\_\_\_\_;
- non fruiscce di altro servizio di assistenza erogato da enti diversi (ASP, Distretto, etc)

**che la situazione familiare del destinatario è la seguente:**

- anziano solo non autosufficiente;
- anziano con un familiare convivente non autosufficiente;
- anziano con coniuge o figli o altri parenti conviventi;
- anziano con i figli residenti nel Comune
- anziano con figli non residenti nel Comune

**SI IMPEGNA**

a comunicare per iscritto all'Ufficio Servizi Sociali ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari che modificano le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

Si allegano:

- attestazione ISEE in corso di validità
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e, se persona diversa, del destinatario del servizio.

Firma