

**SUB-AMBITO A.O.D. 3**  
**DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.31-LEGGE 328/2000**

**COMUNE CAPOFILA CASTELL'UMBERTO**

**Telef. 0941/438350 - Fax 0941/438657**

**COMUNE DI CASTELL'UMBERTO**

VISTA LA Legge 328/00.- P.d.Z. 2013/2015.- Sub-Ambito dell'AOD 3 del Distretto Socio-Sanitario n.31. Progetto ADH "Anche a casa sto bene", mediante erogazione di voucher - I^ annualità .-

SI RENDE NOTO

Che il Sub-Ambito dell'AOD 3 del Distretto Socio Sanitario n.31 avvia il servizio di assistenza domiciliare disabili: "PROGETTO ANCHE A CASA STO BENE", mediante erogazione di voucher.

I destinatari del servizio sono disabili autistici e diversamente abili in genere, adulti o minori che presentino una disabilità grave tale da non consentire una sufficiente capacità personale di autogestione, che richiedono cure ed assistenza che pongono la famiglia in difficoltà.

**Per l'accesso al servizio, possono presentare istanza gli interessati residenti nei Comuni di :CASTELL'UMBERTO, NASO, S.MARCO D'ALUNZIO E TORTORICI**

**Modalità e termine di presentazione delle domande**

Le domande devono essere presentate, , entro il **17-02-2016**, presso il protocollo generale di ogni Ente di appartenenza al Su-Ambito dell'AOD 3.

I modelli delle richieste sono disponibili presso L'Ufficio dei Servizi Sociali o URP di ogni Ente di appartenenza oppure sul sito istituzionale dell'Ente:  
[info@comune.castellumberto.me.it](mailto:info@comune.castellumberto.me.it)

**L'istanza dovrà essere corredata da:**

- Attestazione I.S.E.E., comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, avente valenza dal 1/1/2015, redatta secondo quanto stabilito dal Decreto 7/11/2014 emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pubblicato sulla G.U. 267/2014;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Verbale della Commissione , attestante l'invalidità civile al 100% con accompagnamento oppure:  
certificazione attestante la disabilità grave, art. 3, comma 3, della legge n. 104/92  
oppure  
certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

**Costo del Servizio**

Per la quota di compartecipazione verrà applicato quanto l'art.6 del D.A. 15 aprile 2003 e

precisamente:

**Nuclei familiari fino a 3 componenti**

- Entro il limite di euro 10.329,14
- Da euro 10.329,15 fino a euro 15.493,71
- Da euro 15.493,72 in poi

- Gratis
- compartecipazione 20%
- compartecipazione 50%

**Nuclei familiari di 4 componenti**

- Entro il limite di euro 12.394,97
- Da euro 12.394,98 fino a euro 18.592,46
- Da euro 18.592,47 in poi

- Gratis
- compartecipazione 20%
- compartecipazione 50%

**Nuclei familiari di 5 componenti**

- Entro il limite di euro euro 14.873,96
- Da euro 14.873,97 fino a euro 22.310,94
- Da euro 22.310,95 in poi

- Gratis
- compartecipazione 20%
- compartecipazione 50%

**Nuclei familiari di 6 componenti**

- Entro il limite di euro 17.848,75
- Da euro 17.848,76 ad euro 26.773,13
- Da euro 26.773,14 in poi

- Gratis
- compartecipazione 20%
- compartecipazione 50%

L'Ufficio dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza, presterà l'assistenza necessaria per la compilazione delle istanze e fornirà tutte le informazioni relative al servizio ed alle sue modalità di erogazione.

CASTELL'UMBERTO Addì 18-01-2016

IL COORDINATORE DEL GRUPPO PIANO  
DEL SUB-AMBITO DELL'AOD3

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI  
DEL SUB-AMBITO DELL'AOD3

F.to Dott.ssa Luigina BARBAGIOVANNI

F.to Dottor Vincenzo Biagio LIONETTO CIVA

IL SINDACO DEL COMUNE DI Castell'Umberto

**SUB-AMBITO A.O.D. 3**  
**DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.31- LEGGE 328/2000**  
**COMUNE CAPOFILA CASTELL'UMBERTO**

Al Signor Sindaco del Comune di  
.....

**OGGETTO: Richiesta servizio di assistenza domiciliare disabili "PROGETTO ANCHE A CASA STO BENE", mediante voucher.- I Annualità**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Per se stesso       Per la persona sotto indicata, agendo in qualità di:       Genitore del minore  
 Tutore       Rappresentante legale

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**l'ammissione al servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI " PROGETTO ANCHE A CASA STO BENE", mediante voucher - Anno 201 \_\_\_\_\_,**

relativamente alle seguenti prestazioni:

- Aiuto domestico  
 Disbrigo pratiche e sostegno psicologico  
 Igiene e cura della persona

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R.,

**DICHIARA:**

- di possedere i requisiti previsti dalla legge per l'ammissione al servizio;
- che è disposto a pagare l'eventuale quota di compartecipazione;

Il sottoscritto/a esprime inoltre il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.lgs n. 196 del 2003.

- di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione richiesta e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica;

**Allega:**

- attestazione ISEE, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica avente valenza dall'1.1.2015, redatta secondo quanto stabilito dal Decreto 7.11.2014 emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, pubblicato sulla GU 267/2014;
- copia del documento di riconoscimento;
- verbale della Commissione, attestante l'invalidità civile al 100% con accompagnamento;
- certificazione attestante la disabilità grave, art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.
- certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Articolo 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/La sottoscritto/a

.....  
(cognome) (nome)

nato/a a ..... (.....) il .....  
(luogo) (prov.)

residente a ..... (.....) in Via/Piazza ..... n....  
(luogo) (prov.)

Tel. \_\_\_\_\_

## Consapevole

- delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci
- della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato DPR
- dell'effettuazione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato DPR

Sotto la personale responsabilità:

## DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

1 il/la dichiarante

n.	cognome e nome	luogo di nascita /il	relazione di parentela con il dichiarante
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....

....., li .....  
(luogo) (data)

IL/LA DICHIARANTE

.....  
(firma per esteso e leggibile)

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Può essere firmata in presenza del funzionario o inviata, dopo la sottoscrizione, per posta, fax, o telematicamente ( occorre la firma digitale), allegando fotocopia non autenticata del proprio documento di riconoscimento.**

-----  
Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196/2003

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento, per il quale la presente dichiarazione viene resa.