



COMUNE DI VILLABATE
CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

SETTORE II

AFFARI SOCIALI - CULTURA SERVIZI ALLA CITTADINANZA

Avviso all'utenza

PAC Servizi di Cura all'Infanzia ed agli Anziani non autosufficienti

(PNSCIA) -

Il Comune di Villabate, vista la proroga del progetto autorizzata dal Ministero fino al 31/12/23 e la disponibilità a nuovi ingressi di utenti del DSS 42, nell'ambito del "Piano Nazionale dei Servizi di Cura all'Infanzia ed agli Anziani non autosufficienti" (PNSCIA), di cui al Decreto n.3990/PAC del 30/08/2022, sostituito dal Decreto n. 4028/PAC del 24/11/2022,

RIAPRE

i termini per la presentazione di nuove istanze per il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) in favore della popolazione anziana residente nel Comune.

Il servizio è rivolto ad anziani, ultra65enne e che non fruiscono allo stato di SAD con lo stesso o altri progetti, parzialmente autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, senza adeguato supporto familiare, che necessitano assistenza domiciliare per le funzioni della vita quotidiana.

Il servizio può essere reso anche in modo integrato con il servizio sanitario.

L'utente che, su indicazione del proprio Medico di Medicina Generale, intende usufruire del Servizio potrà presentare istanza attraverso modulo allegato seguendo le modalità indicate

Avranno accesso al servizio i soggetti che versano in condizioni di povertà e di esclusione sociale.

Data pubblicazione 10 Ottobre 2023- scadenza 17 Ottobre 2023 ore 12,00

Assessore alle Politiche Sociali

F.to Dott.ssa Anna Brusa

Oggetto: Richiesta di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare e /o integrato con l'assistenza sanitaria.

Il / La sottoscritto/a

Nat....a.....il.....residente a
Villabate..... in Via.....telefono.....

Codice fiscale.....

CHIEDE

Di essere ammess.... al Servizio di Assistenza Domiciliare e/o integrato con l'assistenza sanitaria .

Al tal fine consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità , sotto la propria responsabilità dichiara:

di essere residente in Villabate (PA) in via.....nr..... CAP.....unitamente con la propria famiglia così' composta:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

OGGETTO DEL SERVIZIO:

Il Servizio, completamente gratuito, avrà per oggetto le seguenti prestazioni:

- Igiene personale;
- Governo ed igiene dell'alloggio;

- Aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti e nella gestione delle attività quotidiane all'interno ed esterno dell'abitazione;
- Aiuto nella mobilità, nella deambulazione;
- Aiuto per la corretta assunzione di farmaci prescritti e controllo nella somministrazione delle diete;
- Collaborazione alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio – danno dell'utente;
- Raccordo con il Servizio Sociale del Comune, con il Medico di medicina generale che hanno in carico l'anziano;
- Disbrigo pratiche, commissioni ed accompagnamento con il mezzo di trasporto della Cooperativa sociale affidataria;
- Piccoli lavori domestici, per garantire la sicurezza dell'utente e migliorare la sua autonomia nell'ambiente di vita.

Si allega alla presente:

- 1) Delega del beneficiario al richiedente, corredata da documento di identità di quest'ultimo;
- 2) Modello ISEE;
- 3) Certificazione del Medico di Medicina Generale attestante la richiesta di accesso al servizio;
- 4) Documento d'identità del beneficiario.

FIRMA
