



COMUNE DI CIMINA'

PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA

Tel. – Fax 0964/334012 – e-mail cimina@tiscali.it

PROGETTO SOCIO ASSISTENZIALE “SOLI E FRAGILI”

Servizio di assistenza domiciliare a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravi.

AVVISO PUBBLICO

PER LA SELEZIONE DI N. 12 ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ULTRAOTTANTENNI E DISABILI GRAVI

Questo Comune in attuazione al Piano Distrettuale per la realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti (quarta annualità) di cui alla D.G.R. 749 del 4 novembre 2010 intende realizzare il servizio di assistenza domiciliare, per un periodo di mesi 5 (cinque), a favore delle persone anziane **ultraottantenni** non autosufficienti e **disabili gravi** residenti nel territorio comunale.

TIPO DI PRESTAZIONI

le prestazioni erogate consistono in:

- ³⁵/₁₇ cura della persona;
- ³⁵/₁₇ aiuto domestico;
- ³⁵/₁₇ preparazione pasti;
- ³⁵/₁₇ aiuto assunzione pasti;
- ³⁵/₁₇ promozione della socializzazione e dell'autonomia dell'anziano;
- ³⁵/₁₇ azione di stimolo alla partecipazione a momenti di vita associata;
- ³⁵/₁₇ lavaggio della biancheria.

Sono assolutamente escluse le prestazioni infermieristiche.

REQUISITI PER L'OTTENIMENTO DELLA PRESTAZIONE

Beneficiari del servizio sono:

- ³⁵/₁₇ persone anziane ultraottantenni non autosufficienti che non hanno adeguata assistenza familiare e/o che si trovino in situazioni di particolare bisogno.
- ³⁵/₁₇ disabili gravi riconosciuti dalla Commissione Medica della competente A.S. ai sensi dell'art.3 co. 3 della Legge 104/1992.

MODALITA' PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il soggetto interessato, o chi agisce per essi, deve presentare, su apposito modello predisposto dall'Ufficio Amministrativo, richiesta (una richiesta per ogni nucleo familiare) finalizzata all'ottenimento del servizio di assistenza domiciliare **entro le ore 12.00 del _____** all'Ufficio Protocollo dell'Ente.

Alla richiesta va allegata, pena l'esclusione della domanda, la seguente documentazione:

³⁵/₁₇ Certificato rilasciato dal medico curante o da specialista da cui risultino le malattie invalidanti;
³⁵/₁₇ Verbale della Commissione medica di valutazione dell'handicap ai sensi della Legge 104/92 art.3 c.3. (per i disabili gravi);

³⁵/₁₇ Copia documento d'identità.

³⁵/₁₇

MODALITÀ DI AMMISSIONE AL SERVIZIO

Per l'ammissione al servizio di assistenza va presentata domanda presso il Comune di Ciminà, Ufficio Amministrativo, da parte dell'interessato e/o da un suo familiare.

L'Ufficio suddetto provvederà ad accogliere la domande nelle quali verranno inseriti i dati di carattere generale e quelli relativi alle patologie esistenti.

Usufruiranno del servizio di assistenza i primi dodici (12) in graduatoria; in caso di ritiro dell'anziano e/o disabile la suddetta si farà scorrere fino al raggiungimento di dodici utenti.

Il servizio di assistenza verrà erogato tenendo conto dei seguenti criteri di valutazione:

³⁵/₁₇ **PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE O PERSONA DISABILE GRAVE E SOLA NEL NUCLEO FAMILIAREpunti 10**

³⁵/₁₇ **PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE O DISABILE GRAVE CON LA PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DI ALTRI FAMILIARI CONVIVENTIpunti 8**

In caso di parità di punteggio avrà precedenza l'utente maggiore di età.

Le domande saranno istruite e valutate da un'apposita Commissione.

I richiedenti, le cui dichiarazioni risultino mendaci, possono incorrere nelle sanzioni penali previste dalle leggi vigenti.

La graduatoria è formulata sulla base del punteggio acquisito in base ai criteri di valutazione, la stessa verrà resa nota tramite pubblicazione all'Albo Pretorio del Comune e, successivamente sarà approvata con provvedimento della Responsabile del Procedimento.

Per maggiori **informazioni**, è possibile **contattare l'Ufficio Amministrativo** al seguente numero telefonico: **0964/334012**.

PER IL RITIRO DEI MODELLI DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE, RIVOLGERSI ALL'UFFICIO AMMINISTRATIVO DEL COMUNE DI CIMINÀ'.

Il presente avviso sarà pubblicato all'Albo ON LINE del Comune di Ciminà e nei principali luoghi pubblici del territorio comunale, per almeno 15 giorni consecutivi.

Dalla residenza Municipale _____

LA RESPONSABILE DEL SERVIZIO AMM.VO
(Rosanna Reale)