



Comune di Bompietro

Piazza Gangi, 1 - 90020 Bompietro (PA)
Tel. 0921/561011 - Fax 0921/647613 - C.F. 83000810826
Sito internet: www.comune.bompietro.pa.it

UFFICIO SERVIZI SOCIALI
Tel. 0921/647029

AVVISO PUBBLICO

PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DOMICILIARI RIVOLTE AD ANZIANI, NON
AUTOSUFFICIENTI

PROGETTO

“SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTI P.D.Z. 2013/2015 AZIONE 7 E 7 BIS”

L'Amministrazione Comunale di Bompietro invita tutti i soggetti che si trovino in un vero e comprovato stato di bisogno, sprovvisti di adeguato supporto familiare e con un limitato grado di autosufficienza, a fare istanza per il servizio di cui in oggetto ed essere sottoposti agli accertamenti valutativi da parte del Servizio Sociale Professionale.

Gli interessati, potranno presentare le domande di valutazione entro il **21.02.2019** per permettere all'Ente l'avvio delle procedure.

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

- Domanda pre-stampata da ritirare presso l'ufficio servizi sociali;
- Certificato del medico curante attestante la situazione sanitaria generale, tranne per coloro che sono in possesso della L.104/92 art. 3 comma 3 e/o Certificato di Invalidità al 100%;
- Eventuale certificato stato invalidante (L.104 art. 3 comma 3 e/o invalidità al 100%);
- Documenti relativi alla definizione della situazione economica (I.S.E.E.) in corso di validità;
- Fotocopia carta d'identità.

Bompietro, 07/02/2019



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Sig. Saguto Mario)

Per protocollo

**ALL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI BOMPIETRO**

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ e residente a Bompietro, in Via _____ n° _____
Tel. _____

CHIEDE

che Le/Gli venga erogato il servizio di assistenza domiciliare in quanto appartenente alla seguente tipologia di soggetti:

- Persona Anziana;
- Persona disabile (L.104/92);
- Famiglia multiproblematica

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Di trovarsi in condizioni di reale ed estremo bisogno a causa di un limitato grado di autosufficienza e della mancanza di adeguato supporto familiare;
- Di essere/non essere invalido civile al _____ % con/senza accompagnamento
- Di essere/non essere portatore di Handicap ai sensi della legge 104/92 comma _____
- Di impegnarsi a corrispondere l'eventuale quota di compartecipazione al costo del servizio nella misura stabilita dal D.A. n.867 del 15/04/2003;
- Di essere consapevole che saranno eseguiti dal Comune controlli, ai sensi della vigente normativa, atti ad accertare la veridicità dei dati dichiarati.

ALLEGA:

- Certificato del medico curante attestante la situazione sanitaria generale, tranne per coloro che sono in possesso della L.104/92 art. 3 comma 3 e/o Certificato di Invalidità al 100%;
- Eventuale certificato stato invalidante (L.104 art. 3 comma 3 e/o invalidità al 100%);
- Documenti relativi alla definizione della situazione economica (I.S.E.E.) del nucleo familiare di appartenenza;
- Fotocopia carta d'identità.

Dichiara, altresì, di essere informato/a ed autorizzata il Comune di Bompietro e per esso gli organi preposti al trattamento dei propri dati personali nell'esercizio della prevista attività istituzionale del Servizio Sociale Professionale ai sensi di quanto disposto dalle pertinenti disposizioni di cui al D.l.gs n.196/03. Il/la sottoscritto/a si riserva di comunicare formalmente la eventuale cessazione di detta autorizzazione.

Bompietro, _____

FIRMA
