



Comune di Petrosino



Città di Marsala



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 52
MARSALA - PETROSINO**

AVVISO

INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE MEDIANTE RICOVERI DI SOLLIEVO IN STRUTTURE RESIDENZIALI

IL DIRIGENTE DEL COMUNE CAPOFILA

Rende noto che la Regione Sicilia - Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro - con D.A. n. 1503 del 17.10.2013 e D.A. n. 92 del 23.01.2015, in attuazione alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 273 del 30.07.2013 e n. 386 del 22.12.2014 con le quali sono stati approvati i programmi attuativi concernenti gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. anni 2013 e 2014, ha riservato per i Distretti Socio-Sanitari della Sicilia risorse per interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri in strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali.

I ricoveri di sollievo, aventi carattere di temporaneità, sono un mezzo per favorire le famiglie che si occupano dell'assistenza di un familiare non autosufficiente o disabile e garantire loro un periodo di riposo. Il contributo potrà essere disposto anche nel caso in cui le famiglie improvvisamente non possono, per motivi di salute o contingenti, provvedere all'assistenza del familiare che si trova in condizioni di fragilità e, pertanto, ricorrono al ricovero di sollievo.

I ricoveri temporanei possono essere usufruiti per un massimo di 30 giorni nell'arco dell'anno solare, trascorsi presso strutture residenziali socio-sanitarie o sociali.

Il contributo finalizzato al ricovero di sollievo non potrà superare l'importo giornaliero di € 70,00.

La presentazione delle domande avverrà a sportello e fino ad esaurimento delle risorse assegnate al Distretto Socio-Sanitario; pertanto, **l'istanza potrà essere formulata in qualsiasi momento si presenti il bisogno, da parte della famiglia della persona fragile.**

Potranno inoltrare domanda presso il **Distretto Socio-Sanitario n. 52, Via G. Falcone n. 5, Marsala,** le persone che in atto usufruiscono di assistenza domiciliare ed in possesso dei seguenti requisiti:

- Stato di famiglia;
- Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento, per gli anziani;
- Certificato di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92, per i disabili gravi;
- Dichiarazione ISEE relativa ai redditi del nucleo familiare (in corso di validità) non superiore a € 25.000,00.

Ogni domanda dovrà essere corredata dall'**individuazione della struttura presso la quale si chiede il ricovero** che dovrà essere valutata dall'Assistente Sociale del Comune al fine di procedere alla necessità del ricovero di sollievo, interfacciandosi, ove necessario, con la figura medica referente per il DSS 52.

Il contributo sarà liquidato direttamente alla struttura a seguito della documentazione comprovante le spese sostenute per il ricovero e della verifica della effettiva presenza del disabile presso la struttura.

Ciò premesso, i cittadini residenti nel Distretto Socio-Sanitario n. 52 Marsala-Petrosino che ritengono di poter accedere al beneficio, potranno presentare istanza con utilizzo del modello unico in distribuzione presso gli uffici dei servizi sociali di Marsala e Petrosino o scaricabile dal sito internet degli stessi Comuni: www.comune.marsala.tp.it - www.comune.petrosino.tp.it, avendo cura di corredare la stessa della **documentazione necessaria a comprovare i requisiti richiesti.**

Si comunica che gli Uffici del Distretto Socio-Sanitario n. 52, ubicati in Marsala nella Via G. Falcone n. 5, sono aperti al pubblico nelle giornate di lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00, e martedì e giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,00.

Marsala, 26/09/2016

Referente Amm.vo
Dott.ssa Maria Pia Falco

Il Dirigente del Comune Capofila
Dott. Nicola Fiocca

OGGETTO: Richiesta concessione contributo per ricovero di sollievo presso strutture residenziali per familiare anziano e/o disabile.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via/C.da _____ n° _____
C.F. _____ Tel. _____
e-mail/pec _____

CHIEDE

per il/la proprio/a familiare, sig./sig.ra _____ (specificare il rapporto di parentela: _____), nato/a a _____ il _____, il ricovero presso la struttura _____ dal _____ al _____.

A tal fine, ai sensi D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

che la persona per cui viene richiesto il ricovero usufruisce dell'assistenza domiciliare e si trova nel seguente stato:

- Anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;
- Disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- Attestazione ISEE, relativa ai redditi del nucleo familiare, non superiore a € 25.000,00;
- Che il proprio nucleo familiare è così composto: .

Allega alla presente istanza:

- Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento (per gli anziani);
- Certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 (per i disabili gravi);
- Attestazione ISEE in corso di validità, relativa ai redditi del nucleo familiare, non superiore a € 25.000,00;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito, in corso di validità;
- Fotocopia del Codice Fiscale o della Tessera Sanitaria del richiedente;

MARSALA, li _____

Firma

