

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D2

COMUNI: Alessandria della Rocca – Cianciana – San Biagio Platani – Santo Stefano
Quisquina

Comune capofila: Bivona

AVVISO

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Si porta a conoscenza dei cittadini anziani di questo Distretto Socio-Sanitario D2 che il Ministero dell'Interno (Servizi PAC 1° riparto) e la Regione Siciliana (L. 328/00, triennio 2013-2015) hanno finanziato i seguenti servizi:

1. Erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata all'assistenza socio-sanitaria a soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti (ADI).
2. Erogazione di servizi in assistenza domiciliare socio-assistenziale per soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti non in ADI.
3. Assistenza domiciliare a soggetti parzialmente autosufficienti (ADA).

I medici di medicina generale, i Servizi Sociali, i familiari e qualunque altro soggetto ne fosse a conoscenza, possono segnalare al PUA, con sede presso l'ASP – Distretto Sanitario di Bivona – i soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti bisognosi di prestazioni socio-assistenziali integrate all'assistenza socio-sanitaria (ADI).

I cittadini ultrasessantacinquenni non autosufficienti interessati alla fruizione dei servizi di assistenza domiciliare non in ADI e i soggetti ultrasessantacinquenni parzialmente autosufficienti che vogliono accedere al servizio di assistenza domiciliare (ADA), possono rivolgersi al PUA oppure presentare istanza su modulo disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza, entro il **29.04.2016**.

Per i soggetti non autosufficienti lo stato di non autosufficienza potrà essere verificato o attraverso la visita dell'UVI o con certificazione del medico di medicina generale attraverso la valutazione dei bisogni socio-assistenziali con l'applicazione della scheda SVAMA.

La condizione dei soggetti parzialmente autosufficienti sarà certificata dal medico di medicina generale attraverso la scheda SVAMA.

Sarà redatta la graduatoria ai sensi del disciplinare ADI/ADA.

San Biagio Platani li, 31.03.2016

Il Sindaco
(Santo Sabella)

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
(Francesco Cacciatore)

**AL COMUNE DI
SAN BIAGIO PLATANI**

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____, residente in via _____

familiare del sig _____ nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ tel _____

CHIEDE

- Di essere ammesso alla fruizione del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata all'assistenza socio-sanitaria (ADI).
- Di essere ammesso alla fruizione del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale per soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti non in ADI.
- Di essere ammesso alla fruizione del servizio di assistenza domiciliare a soggetti parzialmente autosufficienti (ADA).

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamati dal D.P.R 445/2000,

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare /il nucleo familiare del Sig. _____, è così composto (compreso il soggetto richiedente):

_____ nato a _____ il _____

_____ nato a _____ il _____

_____ nato a _____ il _____

_____ nato a _____ il _____

_____ nato a _____ il _____

- Di essere consapevole che il Distretto potrà richiedere la compartecipazione al costo del Servizio ai sensi del Decreto n°867/57 del 15-04-2003, pertanto si riserva di comunicare l'accettazione o la rinuncia del Servizio.
- Allega:
 - certificazione ISE
 - certificazione SVAMA, ovvero richiede di sottoporsi a visita presso l'UVI.
- Acconsento al trattamento dei dati personali propri e del nucleo familiare, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Data, _____

Firma _____