



prot.n. 5812 del 16/03/2018

**AVVISO
DI AMMISSIONE
al servizio Assistenza Domiciliare ai Disabili (S.A.D.D.I.S.)**

CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO che può essere presentata istanza per l'ammissione al servizio di Ambito territoriale B2 di Assistenza domiciliare ai disabili SADDIS

DESTINATARI DEL SERVIZIO sono i cittadini disabili e disabili gravi, **da 0 a 65 anni**, residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale B2. Gli interessati possono presentare domanda compilando l'apposito modello (allegato A) disponibile presso l'ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza a partire **dal 19/03/2018** scaricabile dal sito del Comune di San Giorgio del Sannio all'indirizzo: www.comune.sangiorgiodelsannio.bn.it

Il servizio prevede attività di cura della persona ed aiuto per il governo della casa.

La domanda deve essere corredata da:

- Dichiarazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno precedente, al fine di determinare l'eventuale quota di compartecipazione a carico dell'utente;
- La documentazione attestante lo stato di disabilità di cui alle legge 104/92.

DI COMPARTICIPAZIONE DELL'UTENTE

La compartecipazione è calcolata secondo il regolamento di servizio di cui all'art.10.

Il metodo per l'individuazione della quota di compartecipazione consiste nell'individuazione delle tre categorie di individui:

- coloro che non compartecipano al costo perché hanno un ISEE inferiore a euro 15.000,00 (ISEE min)
- coloro che pagano l'intero ammontare del costo unitario del servizio perché hanno un ISEE superiore a 30.000,00 euro (ISEE max)
- coloro che compartecipano pro-quota al costo unitario del servizio perché hanno un ISEE compreso tra le due soglie precedentemente individuate.

Per gli individui il cui valore dell'ISEE è compreso tra il valore minimo e massimo, il costo che essi dovranno sostenere è pari alla percentuale del costo intero (tariffa intera) che risulta dal seguente rapporto:

$$\text{Compartecipazione} = \frac{\text{isee richiedente} - \text{isee minimo}}{\text{ISEE max} - \text{ISEE min}} \times \text{CU}$$

min compij: compartecipazione CU: costo unitario della prestazione

COSTO UNITARIO DEL SERVIZIO ALL'ORA €16,38

Le domande devono pervenire all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza, complete della documentazione sopra indicata, entro il 19/04/2018. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio di Piano tel./fax n. 082458214 e-mail ambitoterritorialeb2@libero.it, al Responsabile dei Servizi Sociali e/o all'Assistente Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale B2.

San Giorgio del Sannio li 16/03/2018

**Il COORDINATORE DELL'UDP
AMBITO TERRITORIALE B2
f.to Dott.ssa Michela Barbato**

MODULO A



Ambito Territoriale B2

ENTE CAPOFILA SAN GIORGIO DEL SANNIO
UFFICIO DI PIANO VIA MAZZINI 1, 82018 San Giorgio del Sannio BN
Tel. 0824/58214 fax 082458214/0824337270 e-mail ambitoterritorialeb2@libero.it

**Modulo per la Richiesta del Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili
(S.A.D.D.I.S.)**

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato a _____ il ____/____/____ Residente a _____

Alla via _____ n. _____

Cod.fiscale _____ Tel. _____ Cell. _____

In qualità di: (convivente, figlio, conoscente, altro,) _____

Chiede l'Attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (S.A.D.D.I.S) in favore di:

- diretto interessato
- per (Cognome e Nome) _____

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penale e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di trovarsi nella seguente condizione:

- soggetto con compromissione seria delle funzioni necessarie al soddisfacimento dei bisogni personali e/o della vita di relazione;
- soggetto con ridotta o nulla capacità organizzativa rispetto alla gestione della casa;
- di vivere in un nucleo familiare con minori o con soggetti portatori di handicap, in condizioni di difficoltà nell'assolvere gli impegni connessi alla vita quotidiana;
- di vivere in situazione di abbandono, di solitudine e di isolamento psico-fisico.

dichiara di accettare le condizioni di compartecipazione al costo del servizio nella misura prevista dal regolamento dell'Ambito B2, sulla base della propria condizione economica certificata dall'ISEE.

Firma _____

Si allega:

1. Certificazione ISEE ordinario in corso di validità
2. Certificazione rilasciata dal medico di medicina generale sulla complessiva situazione di salute dell'eventuale beneficiario
3. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido

Data, _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL PER TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003, l' Ambito B2 e per esso l'Ufficio di Piano, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al Servizio SADDIS DISABILI .

Data _____

Firma _____