



**COMUNE DI PRAIA A MARE**  
PROVINCIA DI COSENZA  
Piazza Municipio, 1  
870208 Praia a Mare (CS)  
Tel. 0985.72151 - fax 0985.72155  
e-mail: [comune@praiaa-mare.it](mailto:comune@praiaa-mare.it)  
[protocollo.praiaa-mare.it](http://protocollo.praiaa-mare.it)



*ALBU ONLINE*  
*COPIA AUTORE*

**AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE**  
**DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI PRAIA/SCALEA**  
**ASP COSENZA**

**Comprendente i Comuni di:**

Aieta, Belvedere Marittimo, Buonvicino, Diamante, Grisolia, Maierà, Orsomarso, Papisidero, Praia a Mare, San Nicola Arcella, Santa Domenica Talao, Santa Maria del Cedro, Scalea, Tortora, Verbicaro.

**Comune Capofila: Praia a Mare**

Prot. **17604**

Praia a Mare, li 08/09/2017

*Ai Sigg. Sindaci dei Comuni dell'ATO Praia/Scalea:*



Aieta  
Belvedere Marittimo  
Buonvicino  
Diamante  
Grisolia  
Maierà  
Orsomarso  
Papisidero  
San Nicola Arcella  
Santa Domenica Talao  
Santa Maria del Cedro  
Scalea  
Tortora  
Verbicaro

**Oggetto: Trasmissione Avviso Pubblico prot. 17570 del 08/09/2017 da pubblicare sugli Albi Pretori di tutti i Comuni dell'ATO Praia/Scalea**

Con la presente si invia Avviso Pubblico prot. 17570 del 08/09/2017 avente ad oggetto "Progetto rete solidale 2017 - servizi di assistenza domiciliare in favore di persone con disabilità under 65 - compresa l'assistenza specialistica ad alunni con disabilità".

Lo stesso dovrà essere pubblicato sugli Albi Pretori di tutti i Comuni dell'ATO Praia/Scalea al fine di poter dare la massima visibilità.

Distinti saluti



IL RESPONSABILE  
GRISOLIA ROSA

*Rosa*

# COMUNE DI PRAIA A MARE

(Provincia di Cosenza)

P.zza Municipio, 1 - 87028 Praia a Mare (CS) - Tel. 098572353 - Fax 098572555

www.comune.praia-a-mare.cs.it - e-mail: [compraia@tin.it](mailto:compraia@tin.it)

## AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE PRAIA-SCALEA

### ASP COSENZA

Comprendente i Comuni di:

Aieta, Belvedere Marittimo, Buonvicino, Diamante, Grisolia, Maierà, Orsomarso, Papasidero, Praia a Mare, San Nicola Arcella, Santa Domenica Talao, Santa Maria del Cedro, Scalea, Tortora, Verbicaro.

Comune capofila: *Praia a Mare.*

Prot. 17570

Praia a Mare, 08/09/2017

### AVVISO PUBBLICO

#### PROGETTO RETE SOLIDALE 2017 - SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' UNDER 65 - COMPRESA L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AD ALUNNI CON DISABILITA'

Visto l'art. 17 della legge 328/2000, che stabilisce che i cittadini possono scegliere di acquistare prestazioni domiciliari socio-assistenziali erogate da gestori privati ed allo scopo accreditati;

Vista le DGR 464/2015 della Regione Calabria e in particolare la ripartizione del Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2014;

Considerato che è in fase di istituzione l'albo distrettuale dei soggetti del terzo settore per l'erogazione mediante il sistema dei voucher, di servizi di disabilità compreso il servizio di integrazione scolastica in favore di minori con disabilità frequentanti le scuole dell'obbligo;

Nelle more dell'approvazione del progetto Rete Solide 2017 Fondo per la Non Autosufficienza annualità 2014 - DGR 464/2015;

Visto il D.S. 11126 del 13/06/2017;

### SI RENDE NOTO

Che è possibile presentare domande per accedere all'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali di cui sopra, nelle more dell'approvazione del progetto Rete Solide 2017 Fondo per la Non Autosufficienza annualità 2014 - DGR 464/2015;

Tali prestazioni saranno erogate gratuitamente ai soggetti il cui reddito non superi la soglia prevista

dal sistema di compartecipazione approvato dalla Conferenza dei Sindaci del 23/12/2015 per l'accesso gratuito ai servizi socio-assistenziali. Per condizioni economiche superiori ai limiti di cui sopra, i richiedenti potranno essere ammessi al servizio previa compartecipazione, secondo lo schema sotto riportato:

REDDITO ISEE NUCLEO FAMILIARE		CONTRIBUTO ORARIO
Da €0,00	A € 12.000,00	ESENTE
Da € 12.000,01	A € 15.000,00	€0,50
Da €15.000,01	A € 18.000,00	€1,00
Da € 18.000,01	A	€1,50

Modalità di versamento della quota di compartecipazione:

C/C n. :  
1036534723

Oppure

Codice IBAN:  
IT03 S076 0116 2000 0103 6534 723

Intestato a:

Comune di Praia a Mare Servizio Tesoreria Compartecipazione Persone con disabilità  
Piazza Municipio 1 – 87028 Praia a Mare CS

Causale:

Nome Cognome assistito

Assistenza domiciliare under 65

Periodo di riferimento: Mese/i di \_\_\_\_\_

Oppure

Nome Cognome assistito

Integrazione scolastica

Periodo di riferimento: Mese/i di \_\_\_\_\_

Copia dei bollettini pagati dovranno essere acquisiti dai Servizi Sociali del Comune di residenza ed inviati digitalmente (scansione) al Comune Capofila all'indirizzo mail: [ufficiopdz@comune.praiaumare.cs.it](mailto:ufficiopdz@comune.praiaumare.cs.it) entro i primi 5 (cinque) giorni del mese successivo a quello di riferimento.

I Comuni di residenza dovranno vigilare sul corretto e puntuale pagamento della compartecipazione, in caso di mancato versamento o mancata ricezione dello stesso, il servizio verrà sospeso.

Le domande provenienti da utenti già beneficiari del FNA2013 "Servizio di assistenza domiciliare in favore di persone con disabilità compreso il servizio di integrazione scolastica in favore di minori con disabilità frequentanti le scuole dell'obbligo – Avviso pubblico 13395 del 19/07/2016" e che non hanno completato il pagamento delle relative quote mensili di compartecipazione, si intenderanno sospese fino ad avvenuto versamento del medesimo saldo.

L'istanza dovrà essere presentata all'ufficio Servizi Sociali dei Comuni di residenza entro e non oltre il 29/09/2017 alle ore 12:30.

Alla scadenza, le istanze pervenute dovranno essere trasmesse entro 7 giorni al Comune Capofila all'e-mail [ufficiopdz.praiaumare@aspenec.it](mailto:ufficiopdz.praiaumare@aspenec.it) o consegnati al Protocollo Generale del Comune di Praia a Mare.

In caso di ritardi nella trasmissione delle istanze da parte dei Comuni, il Comune Capofila non si assumerà la responsabilità di eventuali esclusioni.

Le domande acquisite saranno sottoposte a valutazione dell'UVM e in seguito prese in carico. Potranno essere accolte istanze di accesso al servizio anche oltre il termine di cui sopra, nell'ipotesi dell'insorgenza di gravi patologie o stati di handicap e in presenza di disponibilità di posti. Le istanze valutate dall'UVM e ritenute eleggibili, in caso di mancanza di ore/fondi disponibili andranno a costituire una lista d'attesa a scorrimento basata sulla gravità dei casi.

La presa in carico avverrà nelle modalità già definite (valutazione UVM).

Il servizio di cui al presente avviso potrà cessare nei seguenti casi:

- Rinuncia scritta dell'utente o familiare di riferimento;
- Trasferimento della residenza o domicilio da parte del beneficiario in comuni al di fuori dal territorio distrettuale;
- Decesso dell'assistito;
- Accoglienza in strutture residenziali dell'utente;
- Termine del PAI;
- Qualora vengano meno i requisiti di ammissione al servizio;
- Sospensione, per qualsiasi causa del servizio a cura del Comune Capofila dell'ATO Praia/Scalea;

I dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di gestione del beneficio in oggetto e di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Si allegano modelli di istanza "Allegato A" e "Allegato B".

Praia a Mare, 08/09/2017



IL RESPONSABILE  
ROSA GRISOLIA  
*Rosa Grisolia*

ALLEGATO "A"

AL SIGNOR SINDACO

DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**PROGETTO RETE SOLIDALE 2017 - SERVIZI DI ASSISTENZA  
DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' UNDER 65 --  
COMPRESA L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AD ALUNNI CON  
DISABILITA' - ISTANZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SERVIZIO IN OGGETTO**

***Assistenza domiciliare UNDER 65***

☐ PER SE STESSO/A

☐ PER IL/LA SIG/RA

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del DPR 28/12/2000  
n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni

mendaci (art. 76), che il nucleo familiare anagrafico è così composto:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Allega alla presente:

1. Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. in corso di validità relativa al beneficiario del servizio;
2. Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia) del beneficiario;
3. Documento di riconoscimento in corso di validità (fotocopia) del dichiarante;
4. Documentazione Sanitaria: Certificato del medico di base attestante lo stato di non autosufficienza, e/o SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile.

(    ) Di accettare la massima quota di compartecipazione prevista dalle vigenti disposizioni, non presentando attestazione ISEE, in tale caso lo scrivente si impegna al versamento di €1,50 orari.

FIRMA

---

#### INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara, inoltre, di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazione rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell'amministrazione comunale.

Luogo e data

IL DICHIARANTE

---

ALLEGATO "B"

AL SIGNOR SINDACO

DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**PROGETTO RETE SOLIDALE 2017 - SERVIZI DI ASSISTENZA  
DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' UNDER 65 -  
COMPRESA L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AD ALUNNI CON  
DISABILITA' - ISTANZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI AMMETTERE AL SERVIZIO IN OGGETTO**

***Integrazione scolastica - Assistenza specialistica***

(nel caso in cui il bambino frequenti le scuole dell'infanzia/scuola primaria/scuola secondaria di primo grado)

[ ] PER IL PROPRIO FIGLIO DISABILE

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000  
n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni

mendaci (art. 76), che il nucleo familiare anagrafico è così composto:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Allega alla presente:

1. Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. in corso di validità relativa al beneficiario del servizio;
2. Documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria (fotocopia) del beneficiario;
3. Documento di riconoscimento in corso di validità (fotocopia) del dichiarante;
4. Documentazione Sanitaria: Certificato del medico di base attestante lo stato di non autosufficienza, e/o SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile.

( ) Di accettare la massima quota di compartecipazione prevista dalle vigenti disposizioni, non presentando attestazione ISEE, in tale caso lo scrivente si impegna al versamento di €1,50 orari.

FIRMA

#### INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara, inoltre, di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazioni rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell'amministrazione comunale.

Luogo e data

IL DICHIARANTE