



CITTA' DI VILLA SAN GIOVANNI
ENTE CAPOFILIA AMBITO 14

Comuni di Bagnara Calabria, Calanna, Campo Calabro, Fiumara, Laganadi,
San Procopio, San Roberto, Sant'Alessio, Sant'Eufemia, Santo Stefano, Scilla, Sinopoli.
Via Nazionale 541 - Tel. 0965/795195 Fax 0965/795347

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESA IN CARICO E L'AMMISSIONE ALL'INTEGRAZIONE DELLA RETTA RIVOLTA ALL'UTENZA CHE INTENDE USUFRUIRE DEI SERVIZI OFFERTI DALLE STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELL'AMBITO TERRITORIALE 14 DI VILLA SAN GIOVANNI

SI RENDE NOTO

Che a seguito della riforma del Welfare di cui alla DGR n.503 del 25/10/2019 può essere presentata istanza per la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta da parte di persone Anziane, Disabili e Minori per l'inserimento nelle Strutture Socio Assistenziali Residenziali e Semiresidenziali che svolgono attività nell'Ambito territoriale di Villa San Giovanni.

I requisiti di ammissione per la fruizione dei servizi di cui al presente avviso sono in generale i seguenti:

- cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea (il cittadino di altri Stati è ammesso soltanto se titolare di permesso di soggiorno);
- residenza o domicilio in uno dei Comuni dell'Ambito.

La situazione personale/familiare sarà valutata da parte del Servizio Sociale dell'Ufficio di Piano per individuare le eventuali prestazioni e/o servizi richiesti.

Catalogo dell'offerta e strutture dell'ATS 14 sono rinvenibili ai link sottoindicati:

<https://sis.welfarecalabria.it/sac/catalogoOffertaView/>

<https://sis.welfarecalabria.it/sac/geoLocalizzazioneView/>

Ammissione alle prestazioni di assistenza

Il collocamento dell'utente nella Struttura socio assistenziale residenziale o semiresidenziale e l'erogazione del contributo può avvenire solo dopo la presa in carico dello stesso utente da parte del Servizio Sociale Professionale dell'Ufficio di Piano del Comune Capo Ambito ed alla effettiva disponibilità di posti in assistenza.

Modalità di presentazione delle domande

La Richiesta di presa in carico al servizio in SSA, reperibile presso i Comuni aderenti all'Ambito e scaricabile dai rispettivi siti web, deve essere redatta obbligatoriamente sull'apposito modulo da presentare al Comune di residenza che provvederà ad inviarla all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale sito in Via Nazionale 625, Comune di Villa San Giovanni, tramite pec.

Villa San Giovanni 01.03.2022

**Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
F.to Avv. Maria Grazia Papisidero**

AL COMUNE

DI _____

(Indirizzo)

Oggetto: D.G.R. n.503 del 25/10/2019 - Allegato " 1" - Presa in carico e ammissione integrazione retta.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

Codice Fiscale _____ già ospite presso la _____

denominata " _____ " con sede in _____,

Via _____, a far data dal _____, con la presente in

qualità di *(indicare con un segno di spunta)*:

Diretto interessato;

Tutore di *(indicare il soggetto interessato)*:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____

sexso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____

prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____,

Familiare *(indicare il grado di parentela)*: _____

CHIEDE

la **presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta**, a far data dal ___/___/___

per la tipologia di struttura (barrare con il segno "X" su una sola casella di interesse):

STRUTTURE PER MINORI	
CENTRO DIURNO PER MINORI	
CENTRO DIURNO PER MINORI CON DISABILITA'	
COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI	
COMUNITA' EDUCATIVA PER PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI	
GRUPPO APPARTAMENTO MASCHILE/FEMMINILE PER MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA	
COMUNITA' SPECIALISTICA EDUCATIVA PER MINORI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO O DISADATTATI SOCIALI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI PENALI E/O AMMINISTRATIVI	
CENTRO SPECIALISTICO PER BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI ABUSI E MALTRATTAMENTI	
CENTRO PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI	

STRUTTURE PER ADULTI	
CENTRO DIURNO PER ANZIANI	
COMUNITÀ ALLOGGIO PER ANZIANI	
COMUNITÀ ACCOGLIENZA PER ADULTI IN DIFFICOLTÀ	
CASA RIFUGIO PER DONNE VITTIME DI VIOLENZA CON O SENZA MINORI	
CASA RIFUGIO PER VITTIME DI TRATTA CON O SENZA MINORI	
CASA DI ACCOGLIENZA PER DONNE IN DIFFICOLTÀ, GESTANTI E/O CON FIGLI	
CASA DI RIPOSO PER ANZIANI	
STRUTTURE PER PERSONE CON DISABILITÀ	
CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITÀ MENTALI	
CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITÀ	
COMUNITÀ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ	
COMUNITÀ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ MENTALE	
CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE	
COMUNITÀ PER PERSONE CON DISABILITÀ -DOPO DI NOI (L. 112/2016 e D.M. 23/11/2016)	

A tale proposito, si allega quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza;
2. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, relativa all'impegno a comunicare di poter utilizzare per l'integrazione della retta le somme di cui questi divenga successivamente titolare a qualsiasi titolo (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;
3. **Dichiarazione** della situazione reddituale mensile percepita dal soggetto richiedente inserimento relativa all'anno 2022 e copia eventuale Obsm rilasciato dall'INPS competente attestante tutte le pensioni percepite dall'utente;

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.
Distinti saluti.

Data: _____ li _____

Firma del richiedente

(per esteso e leggibile)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
Codice Fiscale _____ già ospite presso la _____
denominata " _____ " con sede in _____,
Via _____, a far data dal _____, con la presente in
qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

Diretto interessato;

Tutore di (*indicare il soggetto interessato*):

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____
sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____,

Familiare (*indicare il grado di parentela*): _____

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. Che la situazione reddituale e/o economica per l'anno 2022 è la seguente:
(ultima dichiarazione presentata)

	<u>Reddito proprio</u>	<u>Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare</u>
REDDITO LORDO		
REDDITO NETTO		

2. D'impegnarsi a comunicare, per l'integrazione della retta, le somme che a qualsiasi titolo, in seguito, divenga titolare (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati, ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;

3. Di allegare copia OBSM anno 2022 rilasciato dall'INPS competente attestante tutte le pensioni percepite dall'utente;

Data: _____ li _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)