



COMUNE DI PRAIA A MARE
PROVINCIA DI COSENZA
Piazza Municipio, 1 - 87028 Praia a Mare (CS)
Tel. 0985.72353 – fax 0985.72555
ufficiopdz@comune.praiaamare.cs.it
ufficiopdz.praiaamare@asmepec.it



**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. 1346

Praia a Mare 13/01/2022

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 ACCREDITATE NELL'ATO PRAIA/SCALEA.

CONSIDERATO CHE:

- la Regione Calabria con DGR 503/2019, ha stabilito i requisiti generali, strutturali, professionali, organizzativi delle strutture socio assistenziali, le tipologia di utenza capacità ricettiva e le modalità di accesso/dimissioni;
- con la stessa D.G.R. 503/2019 è stato definito il trasferimento delle competenze da Regione ai Comuni Capofila in materia di presa in carico e ammissione all'integrazione della retta di persone fragili (anziani, disabili e minori) per l'inserimento nelle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate che svolgono attività di Ambito;
- con Decreto Dirigenziale n.1458 del 15 febbraio del 2021 la Regione Calabria ha approvato il Piano di Zona dell'Ambito Territoriale Praia/Scalea;

VISTI:

- **La Legge n.328 dell'8 novembre 2000**, "Legge Quadro per la Realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali";
- **La Legge Regionale n.23 del 5 dicembre 2003**, "Realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali";
- **L'Accordo di Programma per l'adozione e l'attuazione del Piano di Zona per il Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale Sociale ATO Praia a Mare/Scalea**, sottoscritto dai sindaci il 28 gennaio 2021;
- **Il Regolamento n.22/2019**, approvato con D.G.R. n.503 del 25 ottobre 2019, Allegato A "requisiti generali, strutturali, professionali, organizzativi delle strutture socio-assistenziali, tipologia di utenza capacità ricettiva e modalità di accesso/dimissioni";
- **Il Piano di Zona dell'ATO Praia/Scalea** approvato con D.D.R. n.1458/2021 che tiene conto del fabbisogno di posti e servizi per i quali si è resa necessaria una rimodulazione dei posti accreditati nei Centri Diurni per minori;
- I verbali della conferenza dei sindaci del 17.05.2021 e del 15.07.2021, giusta presa d'atto con **D.G.C. n.97 del 30.07.2021**.

DATTO ATTO che è istituito, presso l'Ufficio di Piano del Comune di Praia a Mare - in qualità di Comune Capofila - l'organo titolare della presa in carico dell'utenza;

SI RENDE NOTO

Che è possibile presentare domanda 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 accreditate nell'Ato Praia/Scalea.

ART.1 – AMMISSIONE ALLE PRESTAZIONI

I requisiti di ammissione per la fruizione dei servizi di cui al presente Avviso Pubblico sono i seguenti:

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

La situazione socio-familiare sarà valutata dall'Ufficio di Piano, che, dopo la presa in carico dell'utente, provvederà al collocamento nella struttura socio assistenziale più idonea nei limiti dell'effettiva disponibilità dei posti accreditati al fine dell'erogazione del contributo.

ART.2 – MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La richiesta di presa in carico, reperibile presso i Comuni dell'ATO deve essere redatta **obbligatoriamente** sull'apposito modulo da presentare al Comune di residenza il quale provvederà ad inviarlo, completo in tutte le sue parti ed allegati, all'Ufficio di Piano dell'Ambito.

Per eventuali chiarimenti e/o delucidazioni è possibile contattare l'Ufficio di Piano al numero 098572353.

E-mail: ufficiopdz@comune.praiaamare.cs.it

Pec: ufficiopdz.praiaamare@asmepec.it

Allegati al presente Avviso:

- 1) Modello di domanda;
- 2) Autodichiarazione;
- 3) Allegato A al Regolamento - D.G.R. n.503/2019 *"Requisiti generali, strutturali, professionali, organizzativi delle strutture socio-assistenziali, tipologia di utenza capacità ricettiva e modalità di accesso/dimissioni"*.



RESPONSABILE DELL'UFFICIO PIANO

DOTT. SSA CATERINA TORCHIO

Al Comune di

MODELLO RICHIESTA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE, RESIDENZIALE SOCIO ASSISTENZIALE

D.G.R. n.503/2019 – Allegato “1” - Presa in carico e ammissione integrazione retta

Richiedente:

Nome..... Cognome..... Sesso M F
C.F. Nato/a a prov..... il ___/___/___
residente in prov via..... cap.....
cittadinanza Ambito di Residenza

E-mail..... Telefono

In qualità di
(grado di parentela/tutore/altro)

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445;

CHIEDE

L'accesso ai servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali/semiresidenziali dell'Ambito Praia/Scalea.

Tipologia assistenziale: residenziale semi-residenziale

Preferenza struttura:
(denominazione struttura accreditata)

- PER SE STESSO
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE O TUTELATO

Nome..... Cognome..... Sesso M F
C.F. Nato/a a prov..... il ___/___/___
residente in prov via..... cap.....
cittadinanza Ambito di Residenza

E-mail..... Telefono

Per il seguente motivo:

.....
.....
.....
.....
.....

DETTAGLIO NUCLEO FAMILIARE

Numero componenti nucleo familiare.....

1. Grado di parentelaNome..... Cognome..... Sesso M F

C.F. nato/a a prov..... il ___/___/___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

2. Grado di parentelaNome..... Cognome..... Sesso M F

C.F. nato/a a prov..... il ___/___/___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

3. Grado di parentelaNome..... Cognome..... Sesso M F

C.F. nato/a a prov..... il ___/___/___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

4. Grado di parentelaNome..... Cognome..... Sesso M F

C.F. nato/a a prov..... il ___/___/___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

DATI TUTORE (se presente)Nome..... Cognome..... Sesso M F

C.F. nato/a a prov..... il ___/___/___

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono.....

Atto di nomina

Numero atto di nomina.....

Data atto di nomina.....

DATI MEDICO DI BASE

Nome..... Cognome.....

C.F. Comune in cui è ubicato lo studio medico.....

Via..... Cap..... Prov.....

E-mail..... Telefono.....

DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI

Numero protocollo DSU.....anno protocollo DSU..... data protocollo DSU

Anno di riferimento ISEE valore ISEE €.....

Numero carta d'identità data rilascio c.i. data scadenza c.i.

Comune di rilascio carta d'identità

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

Documentazione da Allegare

Carta d'identità e codice fiscale del dichiarante
Carta d'identità e codice fiscale dell'utente
DSU E ISEE in corso di validità
Certificato d'invalidità
Dichiarazione emolumenti (Allegato 1)

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento (UE) n.2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento GDPR). I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione per l'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Titolare del trattamento è il Comune di Praia a Mare in qualità di Comune Capofila dell'ATO Praia/Scalea cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc...

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Luogo e data _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(art.46-47 DPR 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____

n. _____ cap. _____ (eventualmente domicilio se diverso) _____

telefono _____ mail _____

In qualità di:

Amministratore di sostegno familiare _____ (specificare)

tutore legale curatore

Di

(Nome e cognome)

Consapevole delle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000 n.445)

DICHIARA che

➤ Percepisce i seguenti emolumenti:

pensione di invalidità € _____

indennità di accompagnamento € _____

pensione di reversibilità € _____

pensione di guerra (genitore) € _____

reddito di cittadinanza € _____

altri emolumenti _____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

➤ Esenzione ticket si no

(Luogo e data)

(Il dichiarante)