



## **DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D/10**

### **COMUNE DI CAMPOFRANCO**

## **TELESOCORSO E TELEASSISTENZA PER GLI ANZIANI**

### **A V V I S O**

Nell'ambito dei progetti e delle attività previste dal Piano di Zona Triennio 2013/2015, è intendimento di questa Amministrazione Comunale attivare il servizio di Telesoccorso e Teleassistenza in favore degli anziani (di anni 55 se donne, di anni 60 se uomini), che vivono soli o privi di adeguato supporto familiare, che versano in precarie condizioni di salute e che non siano beneficiari del buono socio-sanitario.

#### **Finalità:**

Il servizio di Telesoccorso e Teleassistenza, inteso come strumento di prevenzione, controllo e supporto nei casi di emergenza, sarà gestito con l'uso di attrezzature audio installate nell'abitazione dell'assistito da operatori professionali e collegate ad una centrale operativa.

L'obiettivo primario di tale servizio è quello di soddisfare le esigenze degli utenti mediante le seguenti prestazioni:

- Soccorso immediato in casi di malessere, cadute, fughe di gas, incendi, tentativi di aggressione e furti ed ogni altro inconveniente;
- Servizio di teleassistenza mediante telefonate di controllo dello stato fisico e psicologico dell'utente;
- Servizio di tele-compagnia volto alla prevenzione ed al superamento della solitudine.

Il servizio verrà erogato tutti i giorni, avrà durata triennale, e sarà gestito da un Associazione che assicurerà l'assistenza 24h/24h mediante un centro di ascolto che vigilerà sulla sicurezza dell'anziano organizzando e coordinando idoneo soccorso in caso di emergenza e mettendo a disposizione personale in possesso di adeguate competenze.

#### **Requisiti di ammissione:**

Possono accedere al servizio gli anziani in possesso dei prescritti requisiti con I.S.E.E. non superiore a €. **9.000,00**.

L'istanza, redatta su specifico schema predisposto dall'ufficio Piano del Distretto D/10, è in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza e dovrà essere resa secondo le forme della dichiarazione sostitutiva, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

All'istanza dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Attestazione ISEE valida alla data di presentazione dell'istanza.
- copia di un valido documento di riconoscimento

**Istanze da ammettere:**

Il numero di anziani da ammettere al servizio in parola per tutti i Comuni del Distretto Socio-Sanitario è di complessive n. 50 unità,

L'istanza di concessione del servizio dovrà pervenire entro il **30 GIUGNO 2016**

**Criteri di selezione:**

Ciascun Comune, ai fini dell'ammissione al servizio, provvederà, in conformità alle direttive stabilite dal Comitato dei Sindaci nella seduta del 9 Marzo 2011, alla elaborazione di una Graduatoria di Merito dei richiedenti secondo i seguenti criteri obiettivi di valutazione:

1) Anziano solo	Punti 50
2) Anziano privo di idoneo supporto familiare, con coniuge in precarie condizioni di salute o con figlio disabile convivente	Punti 40
3) Età	
<u>Se donna:</u>	
da 55 a 60 anni	Punti 1
da 61 a 65 anni	Punti 2
da 66 a 70 anni	Punti 4
da 71 a 75 anni	Punti 6
Ultrasettantacinquenni	Punti 10
<u>Se uomini:</u>	
da 60 a 65 anni	Punti 1
da 66 a 70 anni	Punti 2
da 71 a 75 anni	Punti 4
da 76 a 80 anni	Punti 6
Ultraottantenni	Punti 10

A parità di punteggio, avrà precedenza l'anziano con ISEE più basso.

Per ulteriori informazioni gli interessati possono rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza.

Il presente avviso sarà affisso in contemporanea in tutti i comuni del distretto socio-sanitario sino al 30/06/2016.

Dalla Residenza Municipale, li 24/5/2016

**Il Capo dell'Area Amministrativa**

F.to ( A. Cordaro )

# RICHIESTA SERVIZIO TELESOCOCCORSO E TELEASSISTENZA

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445

## AI COMUNE DI CAMPOFRANCO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
quivi residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Recapito telefonico: \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

di poter usufruire del Servizio di Telesoccorso e Teleassistenza.

Pertanto,

### DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è composto da:

N.	Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Nato		Convivente	
			A	IL	SI	NO
1		<b>Dichiarante</b>				
2						
3						
4						

- Che il valore I.S.E.E. del proprio nucleo familiare è di €. \_\_\_\_\_;

- Che il proprio Medico di Famiglia è il Dott. \_\_\_\_\_;

- Di non usufruire del Buono socio-sanitario.

Allega alla presente istanza:

- Copia dell'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.), ai sensi della normativa vigente, in corso di validità per l'anno 2016;
- Copia di un valido documento di riconoscimento.

Il sottoscritto dichiara, infine, di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Campofranco, li \_\_\_\_\_

F I R M A

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### RISERVATO ALL'UFFICIO

1°) Anziano solo .....

2°) Anziano privo di idoneo supporto familiare, con coniuge in precarie condizioni di salute o con figli disabili conviventi.....

3°) Età dell'anziano/a richiedente = Anni \_\_\_\_\_ .....

**Totale Punti**

PUNTI