



AMBITO TERRITORIALE S07

Comune di Roccadaspide

AVVISO PUBBLICO

ISTITUZIONE DI UN REGISTRO PUBBLICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE AI FINI DELL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PREVISTE DAL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM"

Premesso

- Che l'avviso "Home Care Premium", pubblicato dall'INPS Gestione ex Inpdap è finalizzato alla progettazione di interventi di natura socio assistenziale a favore dei dipendenti/pensionati pubblici, loro coniugi conviventi, loro familiari di primo grado;
- Che l'Ambito ha sottoscritto convenzione con la Direzione Regionale INPS per l'attuazione del progetto "Home Care Premium".

Ritenuto opportuno

- Dare avvio alle procedure di istituzione del "Registro Pubblico per l'assistenza domiciliare" quale strumento utile per lo svolgimento delle attività previste dall'Accordo di Programma tra l'INPS – Gestione ex Inpdap - Direzione Regionale Campania Molise e l'Ambito Territoriale S07

RENDE NOTO

Con il presente AVVISO PUBBLICO le modalità, i tempi e le condizioni per la costituzione del Registro Pubblico per l'assistenza domiciliare dell'AMBITO TERRITORIALE S07.

Del presente avviso sarà data idonea diffusione e comunicazione ai cittadini che risulteranno beneficiari del "Progetto HCP Inps Gestione ex-Inpdap".

Il Registro Pubblico per l'assistenza domiciliare è un elenco che raccoglie i nominativi dei lavoratori/lavoratrici che intendono proporsi alle famiglie per l'attività di cura e assistenza alle persone che si trovano in condizioni di fragilità.

REQUISITI:

Coloro che intendono iscriversi al "Registro Pubblico per l'assistenza domiciliare" devono essere in possesso dei seguenti requisiti all'atto dell'iscrizione:

- Aver compiuto 18 anni d'età;

- non aver subito condanne penali e non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (per cittadini stranieri);
- avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (peri cittadini stranieri);
- essere di sana e robusta costituzione fisica;

INFORMAZIONI UTILI AGLI UTENTI PER LA SCELTA DELL'ASSISTENTE DOMICILIARE :

- Titolo di studio:
 - licenza media; diploma di scuola secondaria superiore in _____;
 - laurea in _____;
 - titolo conseguito all'estero (*specificare titolo, paese in cui è stato conseguito, votazione, corrispondente titolo italiano*): _____;
- Attestati di qualifica professionale (OSSS ;OSS; OSA; OTA; altro):

_____;
- Esperienza lavorativa nel campo dell'assistenza alla persona

_____;

L'iscrizione al Registro avviene in ordine cronologico di presentazione della richiesta;

L'ordine cronologico di iscrizione e le suindicate informazioni utili per gli utenti non avranno nessuna rilevanza e non costituiscono diritto di precedenza nella scelta dell'assistente iscritto al Registro che resterà a sola discrezionalità del beneficiario del servizio.

L'assistente domiciliare è il badante alle dirette dipendenze del beneficiario o del responsabile del programma.

L'assistente domiciliare scelto nel Registro dal beneficiario o dal responsabile del programma, può essere assunto anche attraverso il ricorso ad agenzie di somministrazione di lavoro interinale accreditate.

COMPENSI:

I compensi per le prestazioni di cui sopra sono finanziate dall'Istituto INPS– Gestione Ex-INPDAP “Progetto HCP”.

Al pagamento dell'assistente domiciliare provvederà direttamente il cittadino beneficiario del finanziamento.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

La domanda di inserimento nel Registro dovrà essere redatta sull'apposito modulo “Allegato A”, firmato e corredato degli allegati previsti e dovrà essere recapitata al protocollo di uno dei comuni afferenti all'Ambito S07.

Sulla Busta contenente la domanda dovrà essere apposta la seguente dicitura: Ambito Territoriale S07, **“RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO PUBBLICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE”** consegnare allo Sportello Sociale Home Care Premium INPS dell'Ambito.

Copia del presente avviso e il modello di domanda “Allegato A” si può scaricare dal sito : www.cittadiroccadaspide.it o ritirare presso lo sportello sociale HCP dell'Ambito.

All'istanza dovrà essere allegata:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- fotocopia carta/permesso di soggiorno;

L'iscrizione può essere effettuata a partire dal giorno della pubblicazione del presente avviso da parte del Comune Capofila (a valere per tutti i Comuni associati).

L'iscrizione al Registro e la sua durata ha validità per tutto il periodo del progetto HCP.

Laddove subentrano modifiche, variazioni o in caso di perdita dei requisiti, i soggetti iscritti nel Registro dovranno darne tempestiva comunicazione all'Ambito che provvederà alla cancellazione/ modifica dal Registro.

Il Registro è custodito e aggiornato a cura dello SPORTELLO SOCIALE HCP dell'Ambito.

Il Registro è pubblico e visibile presso gli Uffici dello Sportello Sociale.

TUTELA DATI PERSONALI:

Informativa di cui al D.Lgs.n.196/2003: i dati forniti dai richiedenti l'iscrizione al Registro, saranno utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'attuazione del " PROGETTO HOME CARE PREMIUM", ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.

Roccadaspide, lì 03 /04/2015

La Responsabile dell'Ufficio di Piano dei
Sevizi Sociali Ambito S07

(Dott.ssa Fulvia Galardo)

Allegato A

Spett.le SPORTELLO SOCIALE HCP
Ambito Territoriale S07
Comune Capofila Roccadaspide (Sa)
Via G. Giuliani

OGGETTO :PROGETTO "Homecare Premium"

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI REGISTRO PUBBLICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a_ _____ il // _____

Stato di nascita _____

Residente in via n. _____

Città C.A.P prov. _____

Tel._ _____ Cell. _____

(solo se diverso dalla residenza)

Domiciliato in Via _____

Città _C.A.P_ prov. _____

Cittadinanza(se diversa da quella di nascita) _____

Sesso(barrare la casella): M F

Carta identità n. rilasciata dal Comune di _____

il/_/(in corso di validità)

oppure Passaporto n. rilasciato da _____

il / / (in corso di validità)

Solo per i cittadini stranieri:

Carta/Permesso di soggiorno n.

Rilasciato dalla Questura di _____

Data di rilascio / / data di scadenza / /

primo rilascio / / data rinnovo / /

CHIEDE

Di essere iscritto nel Registro Pubblico per l'assistenza domiciliare in attuazione del "Progetto Home care Premium " dell'Ambito Territoriale S07.

A TAL FINE DICHIARA

Ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole che l'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni così rese comporterà la decadenza dell'iscrizione oltre che la denuncia all'autorità competente e l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R.

445/2000:

barrare le caselle interessate con una X

Di possedere una conoscenza della lingua italiana adeguata;

Di essere in possesso dei seguenti Attestati di Qualifica Professionale _____

Di essere in possesso dell'attestato di frequenza di un corso di ore inerente le materie socio-assistenziali/socio-sanitarie;

Di non aver subito condanne penali;

Di avere maturato esperienza lavorativa nel campo della cura alla persona, con autodichiarazione o documentata .

Di essere in possesso della patente tipo _____

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ente qualsiasi variazione intercorsa sui dati personali e di requisiti professionali.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Ambito Territoriale gestore del PROGETTO HOME CARE PREMIUM al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, e in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Luogo e data

SIALLEGA:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;

- fotocopia carta/permesso di soggiorno, rinnovo, prenotazione;

Firma del Dichiarante
