

POZZUOLI



BACOLI



MONTE DI PROCIDA



**AMBITO TERRITORIALE N 12
COMUNE CAPOFILA
POZZUOLI**

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 N 12 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 N 12.

SI RENDONO NOTE

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 N 12, esclusivamente per lo svolgimento del presente Progetto.

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 (per i cittadini stranieri);
- essere di sana e robusta costituzione fisica.

Titolo di studio (se in possesso specificare quale):

- 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 _____
_____.

Tali requisiti costituiscono il patrimonio di **INFORMAZIONI UTILI AGLI UTENTI PER LA SCELTA DELL'ASSISTENTE DOMICILIARE.**

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 N 12.

Sulla Busta contenente la domanda dovrà essere apposta la seguente dicitura: “*Ambito Territoriale N 12 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO PUBBLICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE - da consegnare allo Sportello Sociale Home Care Premium INPS dell'Ambito, sito in Via Vigne, n. 29*”.

Copia del presente avviso e il modello di domanda “Allegato A” si può scaricare dai siti : www.comune.pozzuoli.na.it, ww.ambiton12pozzuoli.it, oppure ritirare presso lo sportello informativo HCP dell'Ambito.

All'istanza dovrà essere, altresì, 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.

....., lì ... /.../2015

IL Dirigente

Dott. Dott. Carlo Pubblico

Allegato A

Spett.le SPORTELLO SOCIALE HCP
Ambito Territoriale N 12
Comune Capofila Pozzuoli(NA)
Via Vigna n. 29

OGGETTO : PROGETTO “ Home care 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/a nel Registro Pubblico per l’assistenza domiciliare in attuazione del “Progetto Home care Premium ” dell’Ambito Territoriale N 12

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 possedere il seguente titolo di studio_____
- 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 socioassistenziali / sociosanitarie;
- 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 ed i 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.

_____ / ___ / _____

SI ALLEGA:

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

Firma del Dichiarante
