



COMUNE DI SPARANISE

PROVINCIA DI CASERTA

UFFICIO DI PIANO
AMBITO TERRITORIALE C9



DETERMINAZIONE N° 3 del 3/02/2015

Oggetto: istituzione del "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari" - Home Care Premium 2014

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C9

Comune di Sparanise
La presente è stata pubblicata
all'Albo Pretorico Online
dal 05-02-15 al 20-02-15
IL MESSO COMUNALE

Premesso

- Che l'avviso "HOME CARE PREMIUM 2014", pubblicato dall'INPS Gestione Ex Inpdap in data 03 dicembre 2013 e con scadenza 27 dicembre 2013, è finalizzato alla progettazione di interventi di natura socio assistenziale a favore dei dipendenti/pensionati pubblici, i loro coniugi conviventi, loro familiari di primo grado non autosufficienti;
- che l'Ambito Territoriale C9, in data 17/12/2013, ha inoltrato alla Direzione Regionale INPS - Ex Gestione INPDAP regolare richiesta di adesione al progetto HOME CARE PREMIUM 2014;
- che con determinazione n. 146 del 18/12/2014 a firma del Direttore Centrale dell'INPS l'AT C9 è stato individuato quale Ambito Territoriale accreditato per la gestione del progetto HCP 2014;
- in data 31/12/2014 l'AT C9 ha provveduto a sottoscrivere l'Accordo di programma relativo alla gestione del Progetto;

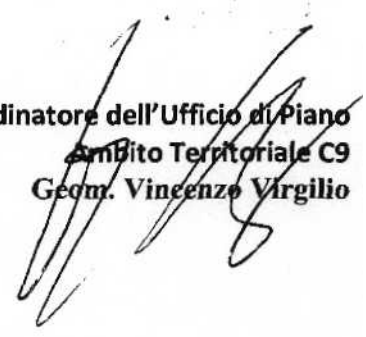
ritenuto opportuno

- dare avvio alle procedure di istituzione del "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari" quale strumento per lo svolgimento delle attività previste dall'Accordo di Programma tra l'INPS e l'Ambito Territoriale C9.

D E T E R M I N A

- A. di istituire il "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari";
- B. Di approvare l'avviso pubblico relativo all'istituzione del "Registro Pubblico degli Assistenti Familiari" e i relativi moduli di domanda che formano parte integrante del presente atto per la realizzazione delle attività previste dal progetto "Home Care Premium 2014";
- C. Di inviare la presente determinazione, in uno agli allegati, all'Ufficio Protocollo e all'Ufficio Segreteria del Comune Capofila;
- D. Di comunicare ai Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale C9 l'avvenuta pubblicazione della presente determinazione.

**Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale C9
Geom. Vincenzo Virgilio**



Avviso di istituzione del “Registro Pubblico degli Assistenti Familiari”

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C9

Visti:

- l'avviso “ HOME CARE PREMIUM 2014”, pubblicato dall'INPS Gestione Ex Inpdap;
- l'Accordo di Programma firmato in data 31.12.2014 tra l' INPS e l'Ambito Territoriale C9 relativo alla attivazione del Progetto HCP 2014 per la gestione di “Progetti Innovativi e Sperimentali di Assistenza Domiciliare per l'intervento in favore di soggetti NON autosufficienti e fragili utenti dell'Inps - Gestione Ex Inpdap”
- la determinazione n. 3 del 03/02/2015
- ritenuto di dover procedere all'istituzione del “Registro Pubblico degli Assistenti Familiari”, rende noto l'avviso pubblico di seguito disciplinato.

Avviso pubblico per l'istituzione del “Registro Pubblico degli Assistenti Familiari”

Art. 1. Finalità

Si istituisce il “REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI” per i servizi previsti dal progetto “Home Care Premium 2014”.

Il Registro degli Assistenti Familiari è un elenco che raccoglie i nominativi dei lavoratori/lavoratrici che, provvisti/e di adeguati requisiti, intendono proporsi alle famiglie come assistenti familiari per l'attività di cura e assistenza alle persone che si trovano in condizioni di fragilità .

Il Registro è pubblico, viene aggiornato ogni sei mesi ed è consultabile presso la sede dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C9 e presso gli uffici dei Servizi Sociali di ciascuno dei Comuni afferenti all'ATC9 (Sparanise, Capua, Bellona, Vitulazio, Pignataro Maggiore, Pastorano, Giano Vetusto, Rocchetta e Croce, Camigliano e Calvi Risorta).

Le informazioni contenute nel registro sono relative ai dati anagrafici, ai titoli di studio e professionali, le esperienze lavorative ed ogni altra informazione suppletiva fornita dagli interessati.

L'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari ha validità annuale e non dà diritto ad alcun incarico da parte dell'aspirante candidato. La dichiarazione di interesse al permanere nell'elenco degli iscritti e di mantenimento del possesso dei requisiti (validità del documento di soggiorno per i cittadini stranieri) dovrà pertanto essere rinnovata dai soggetti iscritti con tale periodicità, utilizzando l'apposito modulo RICHIESTA DI MODIFICA/RINNOVO/CANCELLAZIONE ISCRIZIONE.

Art. 2: Servizi

L'assistente familiare possiede le competenze per seguire l'assistito nella pulizia e nell'igiene personale, per supportarlo durante la vestizione, l'assunzione dei pasti e nel caso in cui debba seguire una terapia medica, sia a domicilio che in struttura ospedaliera. Inoltre, sa come agevolare il movimento e lo spostamento dell'assistito e come ascoltarlo, intrattenerlo e rassicurarlo.

Per quanto riguarda la gestione della casa, l'assistente familiare è in grado di provvedere all'acquisto di cibi e materiali e alla pulizia, all'igiene e al riordino degli ambienti domestici e sa preparare i pasti.

Inoltre, è capace di sbrigare pratiche burocratiche e commissioni per conto dell'assistito, di supportarlo nell'accesso ai servizi e di individuare nel contesto sociale, sanitario e ricreativo gli interlocutori a cui rivolgersi in relazione ai suoi bisogni specifici.

Art. 3 : requisiti di accesso al registro

L'iscrizione al Registro è prevista nei seguenti casi:

- cittadini residenti o domiciliati in uno dei Comuni dell' Ambito territoriale C9 che abbiano i seguenti requisiti minimi:
- Aver compiuto 18 anni;
- Essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (per i cittadini stranieri);
- Avere sufficiente conoscenza della lingua italiana (per chi ha nazionalità straniera);
- Avere assolto l'obbligo scolastico (per i cittadini italiani);
- Non avere conseguito condanne penali passate in giudicato e non avere carichi penali pendenti;
- Aver frequentato, con esito positivo, un corso di formazione professionale teorico-pratico della durata di almeno 200 ore, afferente l'area dell'assistenza alla persona, o essere in possesso della qualifica professionale inerente l'area dell'assistenza socio-sanitaria con riferimento all'area di cura alla persona;
- Qualifica professionale o diploma o altro titolo di studio estero equipollente dell'area dei servizi socio-sanitari.

In caso di assenza di esperienze formative, avere svolto un'attività lavorativa documentabile di almeno 6 mesi nel campo dell'assistenza familiare consente il riconoscimento del credito rispetto al tirocinio.

L'iscrizione, nel caso sopraccitato, è subordinata all'integrazione dei titoli attraverso un percorso formativo che rilasci la certificazione di competenze di assistente familiare secondo gli standards previsti.

Art.4 : documentazione allegata

La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

1. Copia del documento d'identità;
2. Copia del titolo (o ricevuta/cedolino di richiesta) di soggiorno, anche in fase di rilascio o rinnovo, valido ai fini dell'assunzione per lavoro subordinato;
3. Certificato medico di idoneità fisica al lavoro;
4. Copia degli attestati di frequenza ai corsi di formazione e/o copia dei titoli di studio conseguiti in Italia e all'estero con relativa certificazione dei contenuti/esami/moduli didattici affrontati dell'area socio-sanitaria.
(I titoli esteri devono essere accompagnati da una traduzione in lingua italiana);
5. Informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03.

La domanda di iscrizione deve essere presentata a mano o per posta, in busta chiusa, al seguente indirizzo:

**“Ufficio Protocollo Comune di Sparanise
piazza Giovanni XXIII- CAP 81056 Sparanise (CE)”**

La modulistica è anche disponibile on-line al seguente indirizzo internet:

www.comunedisparanise.it

**Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale C9
Geom. Vincenzo Virgilio**

Spett.le Comune di Sparanise
Ente Capofila Ambito Territoriale C9
Piazza Giovanni XXIII
81056 - Sparanise

**DOMANDA D' ISCRIZIONE AL
REGISTRO PUBBLICO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI**

ISTITUITO CON DETERMINAZIONE N. _____ DEL _____

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Stato di nascita _____

Residente in via _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____ prov. _____

Domiciliato in Via _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____ prov. _____

Presso _____

Tel. _____ Cell. _____

Cittadinanza (se diversa da quella di nascita) _____

Sesso (barrare la casella): M F

- Carta identità n. _____ rilasciata dal Comune di _____
il ____ / ____ / ____

oppure Passaporto n. _____ rilasciato da _____
il ____ / ____ / ____

- 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 degli Assistenti Familiari**

A TAL FINE DICHIARA, ai sensi dell'art. 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 applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000:

- barrare le caselle interessate -

1. Di aver assolto l'obbligo scolastico (solo per i cittadini italiani)

SI NO

2. Di possedere una conoscenza della lingua italiana adeguata allo svolgimento dell'attività dell'assistente familiare (solo per i cittadini stranieri)

SI NO

3. Di essere in possesso di uno dei seguenti Attestati di Qualifica Professionale (barrare la casella interessata):

titolo formativo assimilabile a quello di Assistente Familiare rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Operatore Socio Assistenziale (O.S.A.)

Operatore Tecnico-Assistenziale (O.T.A.)

Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

Altro Titolo: _____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

aver svolto attività lavorativa specifica per almeno sei mesi **(solo in assenza di esperienze formative)**

(all'uopo si precisa che, come indicato nel "Regolamento di Adesione HCP 2014" : "Per conservare il contributo in favore del soggetto beneficiario, la medesima assistente familiare dovrà concludere il percorso di qualificazione entro 8 mesi dalla data di regolare impiego, con l'ottenimento dell'attestazione e qualifica di Assistente Familiare".)

4. Di offrire disponibilità lavorativa:

immediata

oppure

a partire da ___ / ___ / _____

5. Di trovarsi nell'attuale posizione lavorativa:

occupato

disoccupato

6.

non aver subito condanne penali

non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

7. Di preferire quale sede di lavoro i Comuni di :

8. Di essere disponibile a lavorare nei seguenti orari:

- convivenza a tempo pieno
- tempo pieno diurno
- mattino
- pranzo
- pomeriggio
- cena
- notte
- sabato e prefestivi
- domenica e festivi
- brevi periodi per sostituzione

9. Di preferire le seguenti caratteristiche dell'utente:

- Minori
- Anziani
- disabili
- sesso maschile
- sesso femminile

10.

- Di essere automunito
- Di essere in possesso della patente tipo _____

11.

- Di avere maturato regolare esperienza lavorativa in qualità di assistente familiare

(si allega curriculum vitae in formato europeo debitamente sottoscritto)

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a codesto Ente qualsiasi variazione intercorsa sui dati personali ed i requisiti professionali.

Il/la sottoscritto/a **autorizza** il Comune di Sparanise, quale Ente capofila dell'Ambito Territoriale C9, al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, art. 13, e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Lì, _____, ____ / ____ / _____

Firma del Dichiarante

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- ✓ Copia del documento d'identità;
- ✓ Copia del titolo (o ricevuta/cedolino di richiesta) di soggiorno, anche in fase di rilascio o rinnovo, valido ai fini dell'assunzione per lavoro subordinato;
- ✓ Certificato medico di idoneità fisica al lavoro;
- ✓ Copia degli attestati di frequenza ai corsi di formazione e/o copia dei titoli di studio conseguiti in Italia e all'estero con relativa certificazione dei contenuti/esami/moduli didattici affrontati dell'area socio-sanitaria.
- ✓ Curriculum vitae in formato europeo
- ✓ altri documenti che si ritiene utili ai fini della valutazione della domanda:

N. B. : (I titoli esteri devono essere accompagnati da una traduzione in lingua italiana)

Spett.le Comune di Sparanise
Ente Capofila Ambito Territoriale C9
Piazza Giovanni XXIII
81056 - Sparanise

MODULO RICHIESTA DI MODIFICA/RINNOVO/CANCELLAZIONE ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Stato di nascita _____

Residente in via _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____ prov. _____

Domiciliato in Via _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____ prov. _____

Presso _____

Tel. _____ Cell. _____

Cittadinanza (se diversa da quella di nascita) _____

Sesso (barrare la casella): M F

- Carta identità n. _____ rilasciata dal Comune di _____
il ____ / ____ / ____

oppure Passaporto n. _____ rilasciato da _____
il ____ / ____ / ____

- 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

il RINNOVO

la CANCELLAZIONE

la MODIFICA

della propria iscrizione al "Registro degli Assistenti Familiari" dell'Ambito Territoriale C9,
istituito con determinazione n. _____ del _____

A TAL FINE, ai sensi dell'art. 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 applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA quanto segue:

(allegare eventuale documentazione)

Il/la sottoscritto/a **autorizza** il Comune di Sparanise, quale Ente capofila dell'Ambito Territoriale C9, al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, art. 13, e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Lì, _____, ____ / ____ / _____

Firma del Dichiarante
