

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N. 29

L. 8.11.2000 n. 328

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Affermo, Pettineo, S.Stefano di Camastra Tusa e Reitano)

COMUNE DI _____

- Vista la Legge 328/00
- Regionale n. 10 del 31.07.2000
- Visto il Decreto Presidenziale del 07.07.2005 che definisce i criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario suddetto;
- Visto il Decreto Presidenziale del 07/10/2005 e del 10 luglio 2008;
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 273 del 30 luglio 2013 che approva il Programma attuativo concernente le modalità di attuazione degli interventi afferenti le risorse finanziarie del Fondo per le non autosufficienze assegnate alla Regione Siciliana annualità 2013.

RENDE NOTO

E' indetto l'avviso per la concessione del buono socio-sanitario ai nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi.

NATURA DELL'INTERVENTO

Il Buono socio-sanitario, da erogare in favore delle famiglie con soggetti anziani non autosufficienti o disabili gravi, distingue in:

- **BUONO SOCIALE:** provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzato a sostenere la famiglia nel " prendersi cura" dei propri familiari;
- **BUONO DI SERVIZIO (Voucher):** titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari che potrà essere speso presso le strutture presenti nel Distretto Socio –Sanitario, iscritte all'albo Regionale delle Istituzioni Assistenziali (art. 26 Legge regionale n.22/86) per le sezioni Anziani e/o inabili e per l tipologia di Assistenza domiciliare, liberamente scelte dalle Famiglie:

REQUISITI MINIMI

Sono destinatari del buono socio-sanitario le famiglie residenti nel territorio del Distrettuale che mantengono od accolgono anziani (di età non inferiore a 69 anni e un' giorno) in condizioni di non autosufficienza titolari di invalidità Civile al 100% con indennità di accompagnamento debitamente certificata o disabili gravi (art. 3, comma 3°, Legge 104/1992), **purché conviventi** e legati da vincoli familiari (parentela, filiazione, adozione, affinità) ai quali **garantiscono direttamente** o con impiego di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale anche di rilievo sanitario.

Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, la condizione di non autosufficienza dovrà essere certificata come segue:

- **Per gli anziani** – certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, di cui al Decreto Sanità 7 Marzo 2005;
- **Per i disabili** – certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3° della Legge .n. 104/1992.

LIMITI DI REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE

In applicazione alle disposizioni D.P. Regione Sicilia del 07 luglio 2005, D.P. del 07. ottobre 2005 e del 10.luglio 2008,il limite I.S.E.E. per l'accesso al buono socio-sanitario è determinato in €. 7.000,00 riferito alla composizione del nucleo familiare.

Alla determinazione di detto indicatore concorrono tutti i componenti del nucleo familiare ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, ivi, compreso l'anziano o il disabile.

Il buono socio-sanitario verrà concesso, nel limite delle risorse finanziarie disponibili secondo le indicazioni che saranno dettate dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

DURATA DELL'INTERVENTO

Il programma personalizzato di erogazione ha la durata annuale ed in ogni caso per la durata stabilita dall'Assessorato Regionale della Famiglia in sede di finanziamento.

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Istanza formulata su apposito modello;
- Dichiarazione sostitutiva Unica (D. S.U.) valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate (D. Lgs 31 marzo 1998, n. 109, D. Lgs. 3 Maggio 2000, n. 130, così come modificati dal Decreto 8 marzo 2013) – redditi anno 2012;
- Dichiarazione I. S. E. E. – redditi Anno 2012;
- Certificazione Sanitaria attestante le condizioni di non autosufficienza o disabilità come meglio specificata nei requisiti minimi (per gli anziani: verbale della commissione invalidi Civili - 100% con indennità di accompagnamento; per i disabili verbale della commissione invalidi civili attestante il possesso dei requisiti previsti dall'art. 3, comma 3°, Legge 104/1992);
- Copia del documento di riconoscimento.

TERMINE DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

Gli interessati possono presentare istanza utilizzando l'apposito stampato in distribuzione presso gli Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni del Distretto D/29 entro e non oltre il **28 Febbraio 2014** (qualora la scadenza ricade in giornata festiva, la stessa è prorogata al successivo primo giorno feriale).

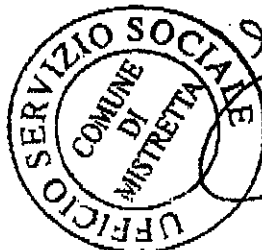
Per ulteriori informazioni rivolgersi ai relativi uffici comunali del Servizio Sociale.

Mistretta , li **21 GEN. 2014**

IL PRESINTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Il Coordinatore del PdZ
(Dott.ssa Angela Grillo)

Avv. Iano Antoci



Allegato al D.P.le n. _____ del 07/07/2005

Schema di domanda

Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003

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

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di
_____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____.

Dichiaro

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____ anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficiente cui vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia, anche di natura sanitaria, con impegno ed oneri a totale carico della famiglia.
- Che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal D.L.vo n. 109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. 4.4.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € _____
Con impegno a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia anche in attuazione del programma personalizzato definito dall'A.C. e dal Servizio Sanitario (U.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. n. _____ del _____.

CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- **Buono sociale** : a sostegno del reddito familiare con impiego della rete familiare e/o di solidarietà, anche con acquisto di prestazioni a supporto dell'impegno familiare da soggetti con rapporti consolidati di fiducia;

ovvero

- **Buono di servizio** : per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980).

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		conviv	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - Comuni etc.)

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
