

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/29

L. 8.11.2000 N. 328

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

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

VISTI:

- Il D.P.R.S. del 07.07.2005, recante "Definizione dei criteri per l'erogazione del Buono Socio - Sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti e disabili gravi ex art. 10 della L. R. n. 10 del 31 Luglio 2003;
- Il D.P.R.S. del 07.10.2005 e del 10.07.2008, che hanno apportato modifiche ed integrazioni al suddetto Decreto del 07.07.2005;
- L'avviso con nota prot. 3244 DEL 04.02/2016 della Regione Siciliana, Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali, servizio 5°;
- Visto il D.A. dell' 11/07/2008 art. 2 che recita: I Distretti Socio Sanitari hanno l'obbligo di compartecipare alla spesa del Buono Socio- sanitario, ponendo la quota di compartecipazione a carico dei bilanci dei Comuni con una quota non inferiore al 20%

RENDE NOTO

Che è intendimento di questo Distretto provvedere all'erogazione del Bonus Socio - Sanitario in favore di nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi.

Il Buono Socio - Sanitario si distingue in:

- A) BUONO SOCIALE: provvidenza economica a supporto del reddito familiare;
- B) BUONO DI SERVIZIO: (voucher): titolo per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi "no - profit" accreditati presso l'Amministrazione Comunale.

Sono destinatari del Buono Socio - Sanitario le famiglie residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D/29, che accolgono e si prendono cura di un anziano di età non inferiore a 69 anni e un giorno, in condizione di non autosufficienza debitamente certificata, con riconoscimento dell'invalidità al 100% e diritto all'indennità di accompagnamento, oppure accolgono e si prendono cura di un disabile grave, con disabilità certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3° della L. 104/92, purchè detti soggetti siano conviventi e legati da vincolo familiare con il nucleo richiedente (parentela, filiazione, adozione, affinità).

I nuclei familiari che intendono usufruire del Buono Socio - Sanitario devono far pervenire al Distretto Socio - Sanitario n. 29 entro il **30/04/2016** a pena di esclusione, apposita istanza utilizzando il modello predisposto da questo Distretto corredato dalla seguente documentazione:

- **Per gli anziani** (di età non inferiore a 69 anni e un giorno):
 - Certificazione I.S.E.E. del nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
 - Verbale della commissione Invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento o, in alternativa, la certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3°, della L. 104/92;
- **Per i disabili gravi:**
 - Certificazione I.S.E.E. del nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
 - Certificazione attestante la disabilità grave, certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3°, della L. 104/92;

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario

A tal fine non farà fede il timbro di spedizione della raccomandata ma solo la data di effettiva acquisizione da parte dell'Uff. Protocollo dei Comuni del Distretto Socio – Sanitario.

Per le situazioni di gravità recente, per cui non si è in possesso delle certificazioni sanitarie (invalidità civile 100% con accompagnamento o Legge n. 104/92) dovrà essere prodotto:

utilizzando il modello predisposto da questo Distretto corredato dalla seguente documentazione:

• **Per gli anziani:**

- Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto Assessorato Sanità del 07.03.2005.
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario

• **Per i disabili gravi:**

- Certificato del medico di base attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza per ottenere il riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art. 3, comma 3° della Legge n. 104/92.
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario

Il limite I.S.E.E., per l'accesso al Buono Socio – Sanitario, è determinato in €. 7.000,00 (SETTEMILA/00), in conformità alle vigenti disposizioni normative regionali e tenuto conto che, alla determinazione del superiore indicatore reddituale, concorrono tutti i componenti del nucleo familiare.

L'importo mensile del buono socio – sanitario sarà pari a quello dell'indennità di accompagnamento, fissato per l'anno di competenza, salvo diverso accreditamento e fino a concorrenza delle somme accreditate da parte della Regione e di quelle a carico dei Comuni, a titolo di dovuta compartecipazione alla spesa per il suddetto intervento. Tale buono verrà erogato su base mensile ripartendo le somme come sopra trasferite dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del lavoro o a carico dei Comuni.

Si precisa che nessun diritto potrà essere riconosciuto ai soggetti richiedenti nell'eventualità della mancata assegnazione di risorse finanziarie da parte del suddetto Assessorato Regionale e/o della indisponibilità di fondi di bilancio dei Comuni del Distretto.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato e quelle non corredate dai certificati sopra specificati e richiesti, che possono essere presentati, ad integrazione, solo entro e non oltre il suddetto termine perentorio del 30/04/2016.

Gli interessati possono richiedere informazioni nonché ritirare e consegnare il modello di domanda nei rispettivi Comuni di residenza.

Il presente bando e il relativo modello di domanda saranno pubblicate sul sito istituzionale del Comune di Mistretta e nei Comuni dell'Ambito

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

(Dott.ssa Angela Grillo)



IL PRESEDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

(Avv. Liborio Parracciolo)

Mistretta li 25.02.2016

SCHEMA DI DOMANDA (Bonus Socio –Sanitario)

Il sottoscritto _____ nato a _____
 il _____ e residente in Via _____
 n. _____ comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____
 telefono _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____, anziano/ disabile grave in condizioni di non autosufficienza 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 decreto legislativo 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 APRILE 2001, N. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. NON SUPERIORE A €. 7.000,00.
- Di impegnarsi a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia, in attuazione del programma personalizzato definito dall' A.C. e dal servizio Sanitario.
- Che il Dott. _____ del servizio di medicina generale dell'A.S.P. n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.
- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

| n. | Cognome e Nome | Rapporto Familiare | Data di nascita | Luogo di nascita | Convivente (SI o NO) |
|----|----------------|--------------------|-----------------|------------------|----------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |

CHIEDE

La concessione del buono socio - sanitario nella forma di:

° **Buono Sociale:** beneficio a carattere economico a supporto del reddito della famiglia 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 (Voucher):** titolo per l'acquisto di prestazioni presso organismi no profit accreditati presso il Distretto Socio - Sanitario

Alla presente istanza, a pena esclusione, allega la seguente documentazione:

- **Per gli anziani:**
 - Certificazione I.S.E.E. del nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
 - Verbale della commissione Invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento o, in alternativa, la certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3°, della L. 104/92;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.
- **Per i disabili gravi:**
 - Certificazione I.S.E.E. del nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
 - Certificazione attestante la disabilità grave, certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3°, della L. 104/92;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Per le situazioni di gravità recente, per cui non si è in possesso delle certificazioni (invalidità civile 100% - Legge n. 104/92) deve essere prodotto:

- **Per gli anziani:**
 - Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
 - Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al D. A. Sanità del 07/03/2005;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.
- **Per i disabili:**
 - Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
 - Certificato del medico di base attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza per ottenere il riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art. 3, comma 3°, della L. 104/92;;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

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

Si allega la seguente documentazione:

- Certificazione I.S.S.E. del nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
- Per gli ultrasessantannovenni: verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con diritto di accompagnamento;
- Certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92;
- Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto Assessorato Sanità del 07.03.2005;
- Certificato del medico di base attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza per ottenere il riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art. 3, comma 3° della Legge n. 104/92;
- Documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario del buono socio sanitario.

Data _____

IL /LA SOTTOSCRITTO/A
