

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 28

Barcellona Pozzo di Gotto (Comune Capofila)
Basicò – Castoreale -Falcone - Fondachelli Fantina – Furnari - Mazzarrà S.Andrea
Merì - Montalbano Elicona - Novara di Sicilia - Rodi Milici - Terme Vigliatore - Tripi

COMUNE DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Visti:

- la L.328/2000;
- I Decreti Presidenziali della Regione Siciliana del 7 luglio 2005 e del 7 ottobre 2005;
- il Decreto dell'Assessorato Regionale alla Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n.3779 S/5 del 29/12/2015 attuativo della deliberazione della Giunta Regionale n.293 del 26/11/2015, con cui è stato approvato il Programma Attuativo concernente gli interventi afferenti alle risorse finanziarie del FNA (Fondo non autosufficienza) assegnato alla Regione Siciliana annualità 2015
- l'Avviso dell'Assessorato Regionale alla Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con nota prot. n. 3244 del 04/02/2016, con cui si stabiliscono i termini di presentazione delle richieste del beneficio suddetto;

SI RENDE NOTO

che è indetto l'avviso per la concessione del **BUONO SOCIO-SANITARIO anno 2016**, a favore di nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi, così distinto:

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 da spendere presso idonei organismi, appositamente accreditati presso il distretto D28 e liberamente scelti dalle famiglie.

I nuclei familiari, residenti nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario D28, che accolgono e mantengono

- **anziani** di età non inferiore a 69 anni e un giorno, in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata;
- **disabili gravi**, di cui all'art. 3, legge n. 104/92;

*possono presentare apposita istanza presso il comune di residenza, ENTRO E NON OLTRE IL **30 APRILE 2016**.*

Il limite di reddito del nucleo familiare (compreso il soggetto da assistere), è fissato in euro 7.000,00 (ISEE)

L'istanza, compilata su apposito modulo dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- **fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente.**
- verbale della commissione invalidi civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o **in alternativa** certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

Si precisa che, per le situazioni di gravità recente per le quali non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotta la seguente documentazione:

- **per gli anziani:** certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato della scheda multidimensionale, di cui al decreto Sanita' 7 marzo 2005;

- **per i disabili:** certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge n°104/92.

La modulistica per la richiesta di concessione del buono è disponibile presso l'Ufficio di Segretariato Sociale del Comune di residenza dell'interessato.

IL SINDACO

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Dott. Felice Borghese

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.28

Barcellona Pozzo di Gotto (capofila) – Basicò – Castoreale – Falcone
Fondachelli Furnari – Mazzarrà S.A. - Merì – Montalbano Elicona – Novara di Sicilia
Rodì Milici - Terme Vigliatore – Tripi.

Al Comune di NOVARA DI SICILIA
Piazza Girolamo Sofia, 2
98058 NOVARA DI SICILIA

Oggetto: Richiesta Bonus Socio Sanitario ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 10 del 31/07/2003.

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente in _____ Via _____ n _____
C. F. _____ tel. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi così come stabilito dall' art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

D I C H I A R A

- che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente, per vincolo di parentela _____, anziano/disabile grave, in condizione di totale/parziale 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 è così composto:

Ruolo	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita

Di aver percepito, nell'anno 2014, i seguenti redditi determinati secondo la normativa vigente dal 02/01/2015 valevole per la richiesta delle prestazioni sociali agevolate.

ISEE Ordinario	L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente € _____
Che, relativamente all'indicatore calcolato, il reddito complessivo percepito dal proprio nucleo familiare nell'anno 2014 è il seguente:	
Somma dei redditi della dichiarazione	€ _____
Rendimento del patrimonio mobiliare	€ _____
Detrazioni per spese e franchigie del nucleo	€ _____
Detrazione per il canone di locazione	€ _____
Indicatore Situazione Reddituale (ISR)	€ _____

Patrimonio mobiliare	€
Detrazione patrimonio mobiliare	€
Patrimonio immobiliare	€
Detrazione patrimonio immobiliare	€
Indicatore Situazione Patrimoniale (ISP)	€
L'indicatore della situazione economica (ISE) è il seguente:	€
Il valore della scala di equivalenza applicato è il seguente:	€
L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente:	€

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. 7 luglio 2005 modificato ed integrato dal D.P. 7 ottobre 2005,

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 (Voucher): per l'acquisto di prestazioni domiciliari da spendere presso idonei organismi, appositamente accreditati presso il distretto e liberamente scelti dalle famiglie.

ATTESTA

che il familiare non autosufficiente

fruisce non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L. 18/1980).

COMUNICA

che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell' A.S.P. n. 5 è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

Allega alla presente istanza :

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
- Copia di un valido documento di riconoscimento.

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.

Luogo e Data _____

Firma

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate

Luogo e Data _____

Firma per esteso