

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 28

Barcellona Pozzo di Gotto (Comune Capofila)

Basicò - Castrolibate - Falcone - Fondachelli Fantina - Furnari - Mazzarrà S. Andrea Meri - Montalbano Elicona - Novara di Sicilia - Rodi Milici - Terme Vigliatore - Tripi

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: BUONO SOCIO - SANITARIO IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI O DISABILI GRAVI (art. 10 L.R. 31 luglio 2003, n. 10)

Visto:

- I Decreti Presidenziali della Regione Siciliana n. 173 del 7 luglio 2005 e del 7 ottobre 2005 con i quali sono stati definiti i criteri, le modalità e i livelli di reddito per la concessione del buono sociosanitario in favore di nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi conviventi;
- il Decreto dell'Assessorato Regionale alla Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n.92S/5 del 23/01/2015 attuativo della deliberazione della Giunta Regionale n.386 del 22/12/2014, 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 2014;
- l'avviso dell'Assessorato Regionale alla Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con nota prot. n. 1954 del 26/01/2015, con cui si stabiliscono i termini di presentazione delle richieste del beneficio suddetto;

SI RENDE NOTO

le modalità di accesso al beneficio al "**Bonus Socio-Sanitario 2015**";

- La concessione del Buono socio-sanitario può avvenire nella forma di **Buono sociale** (beneficio di carattere economico) o **Buono di servizio** per l'acquisto diretto di prestazioni sociali (voucher) presso strutture presenti nel Distretto Socio-Sanitario n.28 iscritte all'Albo Regionale;

DESTINATARI DELL'INTERVENTO

- I nuclei familiari, residenti nei Comuni del Distretto Socio-sanitario D28, in cui è presente e convivente per vincoli di parentela, ai quali garantiscono direttamente, o con impegno di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale anche di rilievo sanitario:
- 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;

LIMITI DI REDDITO

Possono presentare istanza presso il Comune di residenza le famiglie con un ISEE non superiore ad € 7.000,00.

PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE E DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

L'istanza dovrà essere presentata, da parte delle famiglie interessate, all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza, entro il **30 APRILE 2015**.

La documentazione da allegare è la seguente:

- **certificazione ISEE, (rilasciata nell'anno 2015)** attestante il reddito posseduto dal nucleo familiare nell'anno 2013;
- 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 sanità 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 Servizio Sociale del Comune di residenza dell'interessato.

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 G. Sofia n° 2
98058 NOVARA DI SICILIA (ME)

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,

DICHIARA

- 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

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.

ALLEGA

- Fotocopia del **documento di identità** in corso di validità;
- certificazione ISEE, (rilasciato nell'anno 2015)** attestante il reddito posseduto dal nucleo familiare nell'anno 2013;
- verbale della commissione invalidi civili** attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento

OVVERO

- certificazione attestante la disabilità grave** ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

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

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

Novara di Sicilia li _____

(firma per esteso)