

Prot 1664

15 FEB. 2016



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D15
COMUNI : BRONTE - MALETTO – MANIACE - RANDAZZO

BUONO SOCIO-SANITARIO ANNO 2016 IN FAVORE DI NUCLEI
FAMILIARI
CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI O DISABILI GRAVI
(art. 10 L.R. 31 luglio 2003, n. 10)

VISTI

- I Decreti Presidenziali Regione Siciliana 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 della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n. 3779 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 F.N.A. (Fondo Non Autosufficienza) assegnato alla Regione Siciliana annualità 2014;
- L'Avviso Prot. n. 3244 del 04/02/2016 del Dirigente Generale Ass.to Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali;

SI RENDE NOTO

Che possono essere presentate le istanze per la concessione del Buono Socio Sanitario - anno 2016 - a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10 della L.R. 10 del 31.07.2003 n. 10. 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. 15 ed iscritte all'Albo Regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della legge regionale n.22/86 per le sezioni anziani e/o disabili.

DESTINATARI

Sono destinatari del Buono socio-sanitario le famiglie residenti nel territorio del Distretto Socio Sanitario D 15 comprendente i Comuni di: Bronte, Maletto, Maniace e Randazzo che accolgono e si prendono cura di anziani di età non inferiore a 65 anni e un giorno, in condizione di non autosufficienza debitamente certificata, o di disabili gravi, ai quali garantiscono prestazioni di assistenza e di aiuto personale, anche di rilievo sanitario, nell'ambito di un predefinito piano personalizzato di assistenza elaborato dai Servizi sociali del Comune e dai competenti Servizi ASP territoriali. I soggetti anziani e disabili devono essere conviventi e legati da vincolo familiare con il nucleo richiedente (parentela, filiazione, adozione, affinità).

LIMITE DI REDDITO

Possono presentare istanza presso il Comune di residenza, le famiglie con un I.S.E.E. non superiore ad €. **7.000,00** in corso di validità, rilasciato da Organismi all'uopo abilitati.

DOCUMENTAZIONE

Per accedere al Buono Socio Sanitario, occorre presentare apposita istanza allegando la documentazione di seguito descritta:

- Attestazione I.S.E.E., in corso di validità, relativo al reddito posseduto dal nucleo familiare,
- Certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 L. n. 104/92
oppure
 - Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente.

N.B. Per le situazioni di gravità recenti, per cui non si è in possesso delle certificazioni sanitarie sopra descritte, dovrà essere prodotto:

Per gli anziani

Certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato della scheda multi dimensionale prevista da Il' Assessorato della Sanità.

Per i disabili

Certificato del medico di medicina generale attestante la disabilità grave, corredato di copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92.

Il modello di richiesta è disponibile presso l'Ufficio URP dei Comuni del Distretto D 15 e può essere scaricata dal siti internet dei Comuni suddetti.

Le istanze dovranno essere presentate entro il 30 APRILE 2016

Bronte, li 12/02/2016

IL Sindaco di Bronte

Il Sindaco di Maletto

Il Sindaco di Maniace

Il Sindaco di Randazzo

Calanna Graziano

Barbagiovanni M.Salvatore

Cantali Antonino

Mangione Michele

AL COMUNE DI _____

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIO-SANITARIO
(ai sensi dell'art.10 della L.R. n.10/2003)

Scadenza 30 Aprile 2016

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445

.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ e residente a _____
in Via _____ n. _____ Tel. _____
Cell. _____.

D I C H I A R A

■ Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente per vincolo di parentela _____

l'anziano _____

il 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 e oneri a totale carico della famiglia.

■ Che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti, ai sensi del D. Lgs. n. 109/98 e regolamenti attuativi, con 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. ad € _____, rilasciato da organismo abilitato (CAF);

Composizione nucleo familiare del richiedente
ivi compreso il familiare da assistere

	Cognome e Nome	Parentela con il Dichiarante	Nato/a		Conviv	
			A	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente, e comunque, entro 30 gg. dal verificarsi, le variazioni della situazione reddituale dell'intero nucleo familiare che dovessero far venir meno il diritto ad usufruire del beneficio.

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.

C H I E D E

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;
- Buono di Servizio: per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente o disabile grave

- **Fruisce** di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L.18/1980)
- **Non fruisce** di indennità di accompagnamento od assegno equivalente

Si comunica che il medico di famiglia, Dott. _____
Tel. n. _____, del Servizio di Medicina Generale dell'ASP n.8 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza del proprio familiare.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA

- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità, del firmatario della domanda;
- Dichiarazione Indicatore Situazione Economica (I.S.E.E.) di cui al D. Lgs. n. 109/98 circa i redditi ed i patrimoni afferenti il nucleo familiare, rilasciato dai Centri di Assistenza fiscale (CAF);

■ **Certificazione sanitaria:**

per gli anziani: (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza (del familiare assistito) per patologie cronic-degenerative, per decadimento psico-fisico e/o disabilità, demenza o avanzata senilità – oppure – Verbale della Commissione medica dell'AUSL attestante la non autosufficienza;

per i disabili gravi: Certificazione attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n.104/'92.

Data

Firma
