

67-838

12 FEB. 2016



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 33
'CEFALU'**

AVVISO PUBBLICO

Per la concessione del Buono Socio - Sanitario ai sensi dell'art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003.

Visto l'art.10 della superiore legge regionale n. 10/2003 - Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia;

Visto il D. A. n. 3779 del 29.12.2015, di attuazione alla deliberazione della G. R. n. 393 del 26.11.2015, con la quale è stato approvato il programma attuativo concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F. N. A. 2015, per l'erogazione del Buono socio-sanitario di cui alla superiore legge regionale;

Che ai sensi e per gli effetti del predetto D. A. i Comuni del Distretto n. 33 sono tenuti a pubblicare il presente avviso

RENDE NOTO

Che i cittadini del Distretto Socio Sanitario 33 (Comuni di Cefalu', Castelbuono, Lascari, Gratteri, Campofelice, San Mauro, Pollina, Isnello e Collesano) i quali mantengono o accolgono anziani di età non inferiore a 69 anni, compiuti in condizioni di non autosufficienza, titolari di invalidità al 100%, con indennità di accompagnamento o in alternativa titolari di disabilità gravi art. 3 comma 3 legge n. 104/92, purché conviventi (convivenza anagraficamente accertabile) e legati da vincoli di parentela, ai quali garantiscono direttamente, o con l'impiego di altre persone, non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale anche di rilievo sanitario, possono presentare istanza presso i servizi sociali dei comuni di residenza per la concessione del buono socio - sanitario.

Le domande possono essere presentate fino al **30.04.2016 termine ultimo di scadenza**. I modelli d'istanza possono essere ritirati presso l'Ufficio dei Servizi Sociali dei suddetti Comuni del Distretto n. 33.

Documenti da allegare:

1. certificato ISEE rilasciato nell'anno 2016 relativo ai redditi anno 2014, il cui valore determinerà l'inserimento nella graduatoria definitiva. E' determinato un limite I. S. E. E. per l'accesso al Buono Socio Sanitario in € 7.000,00.
Certificazione sanitaria attestante le condizioni di non autosufficienza o difficoltà;
2. copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale in corso di validità del richiedente e del beneficiario.

3. Il presente avviso non impegna i Comuni in quanto l'erogazione del Buono Socio Sanitario è subordinata all'effettiva corresponsione delle somme da parte della Regione Siciliana.

..per i **soggetti anziani**: verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato da copia della scheda multidimensionale di cui al decreto sanità 7 marzo 2005;

..per i **soggetti disabili gravi**: certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92 o certificato del medico di medicina generale, attestante la disabilità grave non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

Il buono socio-sanitario si distingue:

- a) **buono di servizio (voucher)** per l'acquisto di prestazioni professionali presso strutture presenti nel territorio del Distretto iscritte all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali (art. 26 L.R. 22/86) nella sezione anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.
- b) **buono sociale**, provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzato a sostenere la famiglia nel prendersi cura dei propri familiari (art. 10, comma 1 L.R. 10/03).

L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

Saranno escluse le istanze pervenute non corredate dai certificati sopra indicati.

La concessione del buono socio sanitario servizio (voucher) è vincolata alla disponibilità del fondo assegnato dalla Regione Sicilia.

La presentazione dell'istanza non comporta alcun impegno da parte dell'Amministrazione comunale.

Cefalù li 10/2/2016

Il Coordinatore del Distretto Socio Sanitario 33

D.ssa *Perugia Maria*



Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta Buono Socio-Sanitario ai sensi dell'art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003 - Anno 2003

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il sottoscritto _____ nato a _____
Prov. _____ n. _____ C.F. _____
e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ Telefono _____
in qualità di _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente per vincolo di parentela:
anziano/a _____
nato/a a _____
disabile grave _____
nato/a a _____

in condizioni 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 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. n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.R.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 dagli A.C. e dal Servizio Sanitario (D.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. n. 173/serv.4/S.G. del 7 luglio 2005 come successivamente integrato e modificato con D.P.R.S. del 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.

OVERO

Buono di servizio: per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti non presenti nel Distretto socio-sanitario n. 27, iscritti all'elenco regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86 per la sezione anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruitore non fruitore di indennità di accompagnamento ed assegno equivalente (Legge 18/80)

Si dichiara che il Dott. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale n. 5 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

N.	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Convivente	
					SI	NO

Allegati alla presente istanza:

- 1) **Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito:**
 Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento.
 Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92
 Certificato medico, attestante la non autosufficienza congedato della schiava rituffi dimissionaria
 Certificato medico, attestante la disabilità grave, congedato della copia della istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92.
- 2) **Attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità.**
- 3) **Copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità.**

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche in senso e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accenti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il beneficiario è oggetto.

Luogo e data _____

Firma

Il sottoscritto esprime, inoltre, il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data _____

Firma