

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.27

Comuni di Milazzo (Capofila), Gualtieri Sicaminò, Condrò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Filippo del Mela, S. Lucia del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Torregrotta, Valdina, Venetico

AVVISO PUBBLICO PER EROGAZIONE BUONO SOCIO-SANITARIO

Visto l'art. 10 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10, di tutela e valorizzazione della famiglia, che prevede l'attuazione dell'intervento buono socio-sanitario in favore di nuclei familiari con anziani non autosufficienti e/o con disabili gravi;

Visti i Decreti del Presidente della Regione 7 luglio e 7 ottobre 2005, che approvano i criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi ex art. 10 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10

Visto il D.P.R.S. del 10 luglio 2008 che conferma per l'attuazione dell'intervento del Buono Socio-Sanitario i criteri già approvati con i decreti presidenziali del 7 luglio e 7 ottobre 2005.

Visto il D.A. n. 3779/S5 del 29/12/2015 che approva il Programma Attuativo concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del Fondo per la non Autosufficienza annualità 2015 e che ha riservato la quota pari ad € 11.085.360,00 per l'erogazione del Buono Socio-Sanitario.

Visto l'avviso del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, prot. n. 3244 del 04/02/2016 rivolto ai Distretti Socio-Sanitari della Sicilia ad attuare le procedure necessarie per l'erogazione del Buono Socio-Sanitario.

SI RENDE NOTO

Che entro il termine perentorio del 30 Aprile 2016, pena l'inammissibilità, presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario n. 27 possono essere presentate le istanze per fruire del Buono Socio-Sanitario per l'anno 2016, ai sensi dell'art. 10 della legge regionale del 31/07/2003.

Natura dell' intervento:

Il buono socio-sanitario si distingue:

Buono sociale: provvidenza economica a supporto del reddito familiare.

Buono di servizio (voucher): titolo per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no profit presenti nel Distretto Socio Sanitario n. 27, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali, di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86, per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.

Entità del Buono e condizioni per l' erogazione:

Il buono verrà concesso nei limiti del contributo assegnato dalla Regione al Distretto Socio-Sanitario n. 27.

Destinatari:

I cittadini che mantengono o accolgono:

• Anziani (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizioni di non autosufficienza debitamente certificate;
oppure

• Disabili gravi (ai sensi dell' art. 3 comma 3 della legge 104/92)

purché conviventi e legati da vincoli di parentela, ai quali garantiscono direttamente, o con impiego di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Limiti di reddito:

Limite I.S.E.E. € 7.000,00 cui concorrono tutti i componenti il nucleo familiare.

Dove presentare l' istanza:

Le domande devono essere presentate presso il Comune di rispettiva residenza, utilizzando il modello predisposto dall' Ufficio.

Documentazione da allegare:

1. Attestazione I.S.E.E. dell' intero nucleo familiare in corso di validità.

2. Copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità.

ed inoltre per:

a) Anziani (69 anni e 1 giorno alla data di pubblicazione del bando)

► Verbale della Commissione Invalidi attestante il riconoscimento dell' invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o in alternativa, per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto;

► Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al decreto Sanità 7 marzo 2005.

b) Disabili:

► Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge n. 104/92 o in alternativa, per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto;

► 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.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente presso gli Uffici Servizi Sociali dei Comuni del Distretto oppure all' Ufficio Piano presso il Comune di Milazzo. Telefono n. 090/9231061. Responsabile del Procedimento D.ssa Annunziata Lidia La Spada.

La modulistica, inoltre, può essere scaricata dal sito istituzionale www.comune.milazzo.me.it

Milazzo, li 24/02/2016

Il Dirigente

Dott. Michele Bucolo

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Antonino Campo

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta Bonus Socio-Sanitario ai sensi dell'art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003 – Anno 2016.

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

Il sottoscritto _____, nato a _____
Prov. _____ il _____ 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 _____ (_____) il _____

disabile grave _____
nato/a a _____ (_____) il _____

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.E.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 dall' A.C. e dal Servizio Sanitario (U.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:

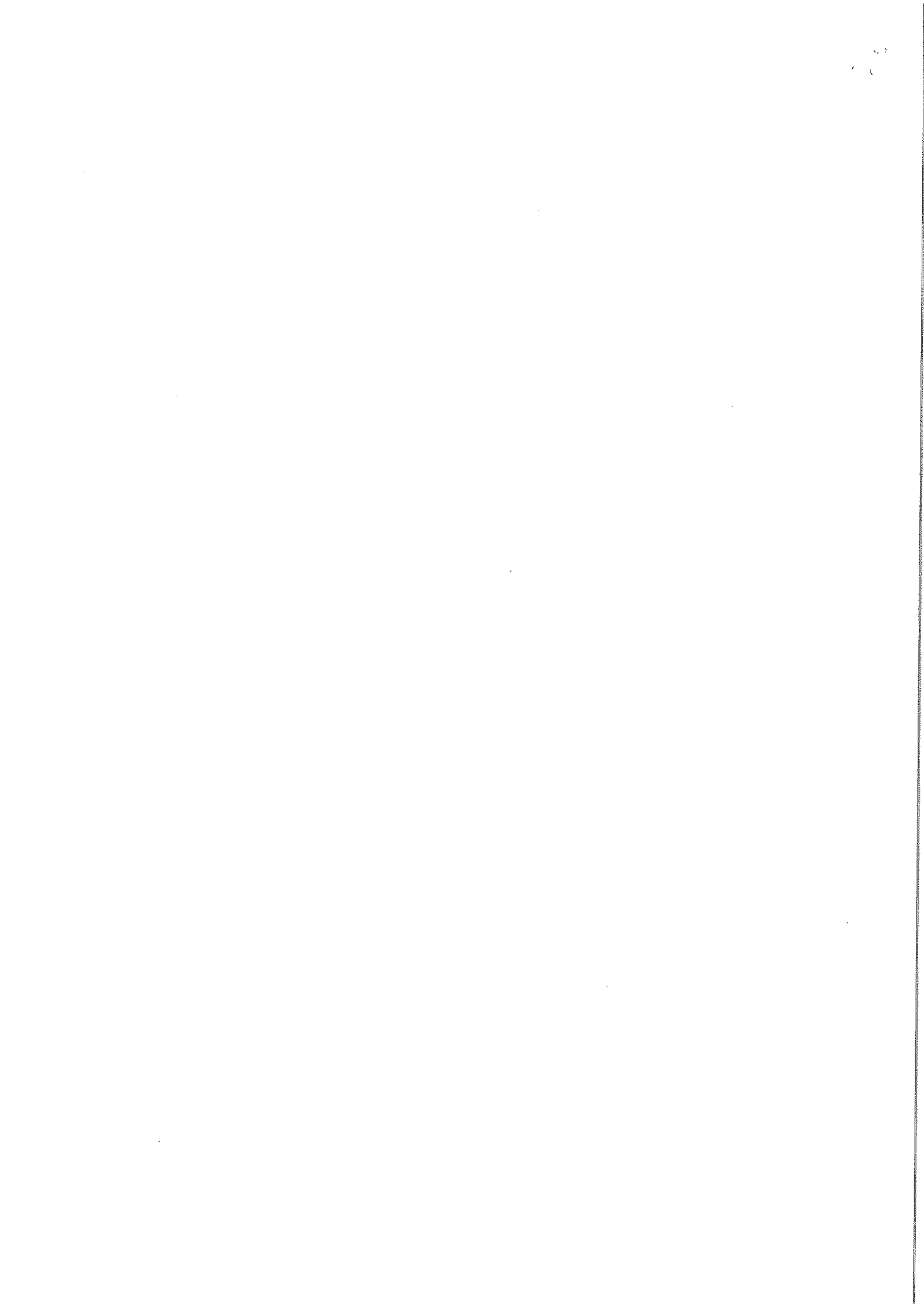
- Buono sociale:** a sostegno del reddito familiare con impiego della rete familiare e/o di solidarietà, anche con acquisto di prestazioni a supporto dell' impegno familiare da soggetti con rapporti consolidati di fiducia;

OVVERO

- Buono di servizio:** per l' acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no profit presenti nel Distretto socio-sanitario n. 27, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (Legge 18/80).

Si comunica 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

Allega alla presente istanza:

1) Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito

(sbarrare la voce interessata):

- 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 corredato della scheda multidimensionale.
- Certificato medico, attestante la disabilità grave, corredato della copia dell' istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge 104/92.

3) Attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità.

4) 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 ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in 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

