



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D3

AVVISO PUBBLICO

BUONO SOCIO-SANITARIO – ANNO 2016 - IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI O DISABILI GRAVI

VISTI:

- il Decreto Presidenziale 07 Luglio 2005 ed il successivo Decreto Presidenziale 07 Ottobre 2005 e del 10 Luglio 2008 concernenti la definizione dei criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi;
- 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 2015;
- la nota prot. n.3244 del 04/02/2016 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro;

SI AVVISANO

Tutte le famiglie nel cui nucleo sono presenti:

- **anziani** (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizioni di non autosufficienza per patologie cronico degenerative, demenze senili ed altro, debitamente certificata da verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con *indennità di accompagnamento*, o in alternativa dalla certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- **disabili gravi** con certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell' art. 3, 3° comma, legge n. 104/92;

possono presentare apposita istanza entro e non oltre il 31 MARZO 2016.

La concessione del Buono sanitario può avvenire

Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:

Per gli anziani

-certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato della copia 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.

Pertanto, i cittadini che rientrano nella superiore fattispecie (*gravità recente*) potranno integrare successivamente, nei termini stabiliti dal Distretto Socio Sanitario D3, la documentazione già inoltrata, con le modalità predette.

Si precisa che:

- Requisiti essenziali per l'accesso al buono socio-sanitario sono il vincolo di parentela e la convivenza con il nucleo familiare di riferimento.
- Nel caso di compresenza all'interno del medesimo nucleo familiare di due soggetti non autosufficienti, l'entità del bonus può essere concesso ad un solo utente, seppure con diritto di priorità rispetto ad altri nuclei familiari.
- L'entità del buono socio-sanitario, determinato su base mensile sia nella forma del **buono sociale che del buono di servizio**, verrà effettuato dai Comuni ripartendo le somme trasferite all'uopo dall'Assessorato.
- L'Amministrazione Comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.
- Saranno escluse dalla graduatoria le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra specificati.
- La concessione del contributo è vincolata alla disponibilità del fondo assegnato dalla Regione Sicilia e la domanda non comporta nessun impegno da parte dell'Amministrazione Comunale.

I modelli per la presentazione dell'istanza, possono essere ritirati presso gli Uffici Servizi Sociali del Comune, e le stesse devono essere corredate da:

- Certificazione ISEE, non superiore ad € 7.000,00 in corso di validità rilasciato da organismi all'uopo abilitati.
- Certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza o disabilità del familiare, come sopra meglio specificato.

Camastra, 23-02-2016

Il Sindaco
(Rag. A. Cascià)



Il Presidente del Distretto
(Rag. Vincenzo Corbo)

Richiesta Bonus socio-sanitario – ANNO 2016

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ e residente in via _____ telefono

DICHIARA:

- che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, il/la Sig. _____

nato/a il _____ a _____ -

- Anziano/a (di età non inferiore a 69 anni) in condizioni di non autosufficienza, debitamente certificata;
- Disabile grave (art. 3, 3° comma legge n. 104/92);

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.

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;

Buono di servizio per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il distretto socio-sanitario e/o presso strutture dell' A.S.P.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA:

- che il proprio nucleo familiare è composto da:

N.	COGNOME	NOME	LUOGO DATA NASCITA	E DI	GRADO DI PARENTELA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

- che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni vigenti ,con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica 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. del 10 Luglio 2008.

Il sottoscritto **dichiara, inoltre**, 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.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
- Certificazione I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità rilasciato da organismi all'uopo abilitati;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Fotocopia Codice Fiscale;
- Fotocopia Codice IBAN.

Camagra, _____

FIRMA
