

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N°35
DELLA REGIONE SICILIANA

COMUNE DI PETRALIA SOTTANA
CAPOFILA

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: Buono Socio-sanitario - D.P.R.S. 7/7/2005 , 7/10/2005 e 10/07/2008 -
F.N.A. 2014.

Si porta a conoscenza degli interessati che, come previsto dai D.P.R.S. 7/7/2005 e 7/10/2005 e 10/07/2008 le famiglie residenti nel territorio regionale che mantengono o accolgono anziani (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata o disabili gravi (art.3 comma 3 della legge n.104/92), purchè 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 anche di rilievo sanitario, possono presentare richiesta per la concessione del buono socio-sanitario.

La richiesta per la concessione del buono per il corrente anno deve essere presentata al Comune di residenza entro il termine perentorio del 06/03/2015, utilizzando l'apposito modello approvato con provvedimento dell'Assessorato della Famiglia pubblicato sulla G.U.R.S. n.34 del 12 agosto 2005, in distribuzione presso l'ufficio servizi sociali

Alla domanda devono essere allegati, pena l'esclusione:

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

Si precisa che la certificazione è la seguente:

-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

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 n.104/92.

2) Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) riportante i redditi conseguiti nell'anno 2013 ed in corso di validità;

Si precisa che il limite ISEE per l'accesso al beneficio rimane fissato in euro 7.000,00.

Si precisa altresì che i richiedenti in possesso de prescritti requisiti saranno inseriti nell'elenco distrettuale che sarà trasmesso alla Regione Siciliana per il relativo finanziamento.

Il buono sarà concesso solo in caso di finanziamento regionale e nei limiti dello stesso.

L'Ufficio Servizi Sociali è a disposizione per ogni informazione e/o chiarimento.

Petralia Sottana, Li 30/01/2015

Il Coordinatore
(Donata Farinella)



Allegato al D.P.le n. ____ del 07/07/2005

Schema di domanda

Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP
_____ Prov. _____ telefono _____.

Dichiaro

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____ anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficiente 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. 4.4.2001, 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. _____ del _____.

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 professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980).

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL n. ____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	rapporto familiare	a	nato il	convivente	no
1						
2						
3						
4						

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – Comuni etc.)

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
