

COMUNE DI POLIZZI GENEROSA
Città Metropolitana di Palermo

UFFICIO SERVIZI SOCIALI
AVVISO PUBBLICO
PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA
FARMACEUTICA ATTRAVERSO LE FARMACIE SITE NEL
TERRITORIO COMUNALE

Il presente avviso si pone quale obiettivo quello di individuare aspiranti beneficiari del servizio di assistenza sanitaria farmaceutica a favore di soggetti che necessitano di farmaci e che appartengono a fasce sociali deboli con un ISEE non superiore a € 9.000,00, risultanti dalla certificazione ISEE, finanziato con il fondo di solidarietà comunale (FSC) di cui all'articolo 1, comma 449, lettera D-Quinquies, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, per l'anno 2022 e anno 2023. Decreto del Ministro dell'Interno di Concerto con il Ministro dell'Economie e delle Finanze del 08/08/2022 e D.M. del 07/07/2023.

Requisiti di accesso:

- Residenza nel Comune di Polizzi Generosa;
- Essere in possesso di ISEE in corso di validità pari o inferiori ad € 9.000,00;

Tipo di intervento

Agli aspiranti beneficiari, qualora all'atto della dispensazione del farmaco di classe C, cioè quelli a carico del cittadino con obbligo di ricetta, il farmacista imputerà il prezzo del farmaco ridotto del 10% come agevolazione all'acquisto a carico della farmacia e del 60% con onere a carico del Comune di Polizzi Generosa.

Criteri predisposizione graduatorie

A seguito della presentazione delle istanze, l'ufficio Servizi Sociali redigerà apposita graduatoria, in ordine crescente di ISEE dando priorità, a parità di ISEE al nucleo familiare più numeroso e il richiedente più anziano.

Entità del contributo da erogare alle famiglie.

Il contributo da erogare alle famiglie, sarà commisurato in base all'indicatore ISEE posseduto e verrà differenziato secondo il prospetto che segue:

da € 0,00 ad € 3.000,00 contributo massimo di € 150,00;

da € 3.001,00 ad € 6.000,00 contributo massimo di € 100,00;

da € 6.001,00 ad € 9.000,00 contributo massimo di € 75,00;

In caso di fondi insufficienti a soddisfare tutte le istanze verrà data priorità alle famiglie con indice ISEE più basso e comunque sino ad esaurimento della somma di € 5.000,00;

Modalità di accesso al servizio

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente sull'apposita modulistica fornita dall'Ufficio Servizi Sociali, dovrà pervenire entro e non oltre il 01/03/2024 pena esclusione, corredata dai seguenti documenti:

- **attestazione ISEE rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;**
- **fotocopia di un documento di identità in corso di validità;**

Per ulteriori informazioni e per ritirare il modello di domanda gli interessati possono rivolgersi all'ufficio servizi sociali del Comune o consultando il sito del Comune alla pagina: **www.comune.polizzi.pa.it**

Polizzi Generosa li 08/02/2024

Il Responsabile del Servizio
F.to Sig.ra Cuccia Irene

Il Responsabile dell'Area
F.to D.ssa Rosalia Tocco

**Al Sig. Sindaco del
Comune di Polizzi Generosa**

**Oggetto: Domanda “Assistenza Sanitaria Farmaceutica” giusto avviso del 08/02/2024
(entro il 01/03/2024).**

**Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____, residente in Polizzi Generosa, Via _____
n. _____, telefono n. _____
C.F. _____**

**CHIEDE
di essere ammesso al beneficio distinto in oggetto, giusto Avviso Pubblico del 08/02/2024.**

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- attestazione ISEE rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013**
● fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

Polizzi Generosa, li _____

Il Richiedente

**Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a Polizzi Generosa, in Via _____ n. _____
ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003, dà la propria autorizzazione al trattamento dei
dati personali.**

Polizzi Generosa, li _____

Firma
