

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N. 31

L. 8.11.2000 N.328 – Buono Socio Sanitario

(Comuni di S.Agata Militello, Acquedolci, Alcara li Fusi, Capo d'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, S.Fratello, S. Marco d'Alunzio, S.Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici)

COMUNE DI **TORTORICI**

- Vista la legge regionale n. 10 del 31 Luglio 2003 di tutela e valorizzazione della famiglia che autorizza l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali alla concessione di "Buoni socio-sanitari" da corrispondere con carattere periodico a nuclei familiari con anziani non autosufficienti e/o disabili gravi;
- Visto il Decreto Presidenziale del 07 Luglio 2005 che definisce i criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario suddetto;
- Visto il Decreto Presidenziale del 07/10/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 43 del 14/10/2005 con il quale si modifica il Decreto Presidenziale del 07/07/2005;

RENDE NOTO

Che i nuclei familiari in cui è presente e convivente per vincolo di parentela, un anziano di età non inferiore a 69 anni e un giorno e/o un disabile grave, in condizioni di non autosufficienza, con impegno ed oneri a totale carico della famiglia, possono fare richiesta di concessione del buono socio-sanitario previsto dalla L.R. n. 10/2003.

- Il buono socio-sanitario può essere richiesto nelle seguenti due forme:
 - 1) **Buono Sociale:** Provvidenza economica a sostegno del reddito familiare;
 - 2) **Buono di Servizio: (voucher):** Titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da organismi ed Enti no-profit accreditati presso il Distretto Socio-Sanitario N.31.
- L'importo del buono socio-sanitario sarà pari a quello dell'indennità di accompagnamento fissato per l'anno di competenza.

Requisiti Richiesti:

1. Non autosufficienza dell'anziano, di età non inferiore a 69 anni e un giorno, e/o in condizioni di disabilità grave, dimostrata da debita certificazione sanitaria:

- 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.

2. 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 23 febbraio 2005, pubblicato nella G.U.R.S. del 25.03.2005;

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;

3. Dichiarazione sostitutiva unica, corredata da attestazione I S E E ed in possesso di un reddito (anno 2009), complessivo del nucleo familiare compreso il soggetto assistito (reddito annuo 2009) non superiore a € 7.000,00 ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS ecc);

4. Esistenza di vincolo familiare (parentela, filiazione, adozione, affinità ed affido), convivenza anagrafica dell'anziano o del disabile con il nucleo familiare di riferimento come risulta dallo Stato di famiglia;

Gli interessati possono presentare istanza utilizzando l'apposito stampato in distribuzione presso gli Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni del Distretto n. 31 o c/o URP del Comune di residenza, entro e non oltre il 30/04/2010.

TORTORICI 24 MAR. 2010

Il Coordinatore del G.P.

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
Dott. Bruno Mancuso



Sindaco del Comune

Il Sindaco

Dott. Carmelo Rizzo Nervo

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 31

S. AGATA MILITELLO

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

Schema di domanda anno 2010

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 _____ . C.F. _____

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 pro gramma 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	nato		conviv	
		Familiare	a		SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E. anno 2009) 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

Firma per conferma dell'assistito
