

Distretto Socio - Sanitario 36

(Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefalà Diana, Ciminna, Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia, Villafrati – Distretto Sanitario Misilmeri– ASP Palermo)

AVVISO

Si informa la cittadinanza che dal **01/04/2016** al **30/04/2016** presso l' Ufficio di Servizio Sociale del Comune di MISILMERI sito in via LE EUROPA n. 346R, si accolgono istanze per la concessione del Buono Socio-Sanitario da erogare a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi (L. 104/92, art. 3 comma 3) ex art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003.

DESTINATARI

Possono presentare istanza per la concessione del Buono Socio-Sanitario, sotto forma di *Buono di Servizio o Buono Sociale*, **le famiglie** che mantengono od accolgono:

- **ANZIANI** (di età non inferiore a 69 anni e un giorno) in condizione di non autosufficienza certificata (leggi 18/80 e 508/88);
- **DISABILI GRAVI** (Legge 104/92, art. 3 comma 3);

purché **conviventi e legati da vincolo** di parentela ai quali garantiscono prestazione di assistenza e di aiuto personale.

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

-Per gli anziani, istanza corredata dalla scheda multidimensionale prevista dall'Assessorato Sanità e copia dell'Istanza di riconoscimento dell'invalidità 100% e dell'indennità di accompagnamento;

-Per i disabili, certificato del medico di medicina generale attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 c 3, L. 104/92.

A seguito del finanziamento concesso dall'Ass.to Reg.le della Famiglia, l'erogazione del Buono Socio Sanitario è subordinata, comunque, al possesso di tutti i requisiti:

- **esistenza in vita;**
- per gli **anziani** il **possesso** della **certificazione di invalidità** civile al 100% ed indennità di **accompagnamento;**
- per i **disabili** il possesso della **L.104/92 art. 3 comma 3.**

Altresì, l'erogazione del Buono Socio Sanitario è subordinata, alla **sottoscrizione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)** relativo all'anziano o al disabile, **che verrà redatto a seguito del finanziamento concesso al DSS 36 dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.**

Il Buono Socio Sanitario **non verrà riconosciuto agli utenti deceduti prima della sottoscrizione del P.A.I. o che siano in possesso di certificazione sanitaria scaduta al momento dell'erogazione dello stesso.**

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- **Certificazione I.S.E.E.**, in corso di validità, che non deve superare l'importo di € 7.000,00;
- Per l' **anziano certificazione sanitaria** attestante la condizione di non autosufficienza (L. 18/80 e L. 508/88), in caso di invalidità recente corredare l'istanza anche di **scheda multidimensionale;**
- Per il **disabile certificazione di Disabilità grave** (L. 104/92 art. 3 comma 3).

MISILMERI 22 MAR. 2016



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
del Distretto Socio - Sanitario 36

Handwritten signature

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 MISILMERI

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente in via/piazza _____ n. _____ tel _____

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. in corso di validità non superiore a € 7.000,00.

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 Distretto Sanitario ASP Palermo è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	Rappr. familiare	Luogo e data di nascita	Convivente
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) vigente, rilasciato da organismo abilitato (CAF-INPS-ect.) e con data successiva al 01.01.2016.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente del 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
