

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 **01/04/2015** al **30/04/2015** presso l' Ufficio di Servizio Sociale del Comune di **MARINEO** sito in via **Costo di Villa** n. **121**, 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.

L'erogazione del **Buono Socio Sanitario** è **subordinata**, comunque, al possesso di tutti i requisiti e nello specifico per gli **anziani** al **possesso** della **certificazione di invalidità** civile al 100% ed indennità di **accompagnamento**, per i **disabili** al 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.

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 corredata l' istanza anche di **scheda multidimensionale**;
- Per il **disabile certificazione di Disabilità grave** (L. 104/92 art. 3 comma 3).



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

Massimo Destro

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 _____.

Dichiara

- 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 dell'AUSL n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	Rapp. 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 -etc.) e con data successiva a 01.01.2015.

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
