

COMUNE S.ALESSIO SICULO
(Provincia di Messina)
AVVISO PUBBLICO BUONO SOCIO-SANITARIO

Visto il D.P.R.S. 7 luglio 2005, successivamente integrato e modificato con D.P.R.S. 7 ottobre 2005,
Vista la Circolare n.1 del 9 marzo 2011 emessa dall'Assessorato della Famiglia, Politiche Sociali e del Lavoro;

SI RENDE NOTO

Che entro e non oltre il **30 Aprile 2011**, presso questo Comune possono essere presentate le istanze per fruire del Buono Socio-Sanitario (**Buono di Servizio**) ex art. 10 L.R. 10/03, anno 2011.

Natura dell'intervento

Il buono socio-sanitario consiste in:

Buono di Servizio (Voucher): titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da caregiver professionale. Il buono potrà essere speso presso le strutture presenti nel Distretto Socio-Sanitario D32 iscritte all'albo regionale delle Istituzioni Assistenziali (art.26, L.R. 22/86) per le sezioni anziani e/o inabili per 1 tipologia di servizio assistenza domiciliare.

Destinatari del buono socio-sanitario: le famiglie residenti nel territorio del Distretto Socio-Sanitario D32 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** (ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 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 nell'ambito di un predefinito Piano personalizzato di assistenza, elaborato dall'U.V.M., U.V.G. o U.V.D. di concerto con gli uffici del servizio sociale appartenenti al Distretto D32.

Limiti di reddito: in relazione alla composizione del nucleo familiare, il limite I.S.E.E., per l'accesso al buono socio-sanitario è determinato in € 7.000,00, relativo all'anno 2009. Alla determinazione di detto indicatore concorrono tutti i componenti del nucleo familiare ai sensi delle disposizioni vigenti in materia.

Il Buono Socio-Sanitario verrà concesso, nei limiti delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per tale finalità nell'ambito di ciascun distretto, con priorità per i nuclei familiari con I.S.E.E. più basso.

La domanda per la concessione del buono, **compilata sul modello** predisposto dall'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali della Regione Siciliana, dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. Certificazione sanitaria sulle condizioni di non autosufficienza del familiare assistito. La certificazione da produrre 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;
- Fotocopia codice Fiscale del richiedente.

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;
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.), relativo all'anno 2009, rilasciato da organismo abilitato in corso di validità;
- Composizione del nucleo familiare (inclusa nella dichiarazione sostitutiva resa con la richiesta di concessione del buono);
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Fotocopia Codice Fiscale del richiedente.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente all'ufficio servizi sociali del comune.

La modulistica, inoltre, può essere visionata e scaricata sul sito www.comune.santalessiosiculo.me.it

L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI

Dott.ssa Rosa Anna Fichera



IL SINDACO

Dott. Nuzzo Giovanni Foti



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 D.P.R. 28.12.2000, n.445

Al Sindaco del Comune di _____

Il /la sottoscritt _____, nato a _____
Prov. _____ 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 autosufficienza, 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., 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. 173/serv.4/S.G. del 7 luglio 2005 come successivamente integrato e modificato con D.P.R.S. del 5.10.2005;

CHIEDE

La concessione del Buono Socio-Sanitario che consiste in:

● **Buono di servizio: (voucher)** per l' acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no profit presenti nel relativo distretto socio-sanitario, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della legge regionale n.22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.

Si comunica che il Dott. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

| | Cognome e nome | Rapporto familiare | Nato | | Convivente | |
|---|----------------|--------------------|------|----|------------|----|
| | | | a | il | SI | NO |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito (vedere avviso pubblico);
- ISEE(indicatore della situazione economica equivalente ai sensi del Decreto legislativo n.109/98 e successive modifiche e integrazioni, rilasciato da organismo abilitato), relativo all'anno 2009;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Fotocopia del codice fiscale del richiedente.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del buono di servizio 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
