



COMUNI DI GELA(Capofila) - BUTERA- MAZZARINO- NISCEMI

F.N.A. 2015 - AVVISO PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIO-SANITARIO IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI O DISABILI GRAVI -ANNO 2016
(art. 10 L. R. 31 luglio 2003, n. 10)

VISTI:

- L. 328/00;
- L.R. n.10 del 31/07/03, art. 10;
- D.P.R.S. del 7 Luglio 2005, modificato e D.P.R.S. del 7 Ottobre 2005 e del 10 Luglio 2008;
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 293 del 26. 11. 2015 che approva il Programma attuativo concernente le modalità di attuazione degli interventi afferenti le risorse finanziarie del Fondo per le non autosufficienze assegnate alla Regione Siciliana annualità 2015;

RENDE NOTO

E' indetto l'Avviso per la concessione del Buono Socio-Sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi.

NATURA DELL'INTERVENTO

Il Buono socio-sanitario, da erogare in favore delle famiglie con soggetti anziani non autosufficienti o disabili gravi, si distingue in:

BUONO SOCIALE: provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzato a sostenere la famiglia nel "prendersi cura" dei propri familiari;

BUONO DI SERVIZIO (voucher): titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari che potrà essere speso presso le strutture presenti nel distretto socio-sanitario, iscritte all'albo regionale delle istituzioni assistenziali (art. 26 della L.R. n. 22/86) per le sezioni anziani e/o inabili e per la tipologia di assistenza domiciliare, liberamente scelte dalle famiglie.

REQUISITI MINIMI

Sono destinatari del buono socio-sanitario le famiglie residenti nel territorio distrettuale che mantengono o accolgono anziani (di età non inferiore a 69 anni e un giorno) in condizioni di non autosufficienza titolari di Invalidità Civile al 100% con indennità di accompagnamento debitamente certificata o disabili gravi (art. 3 comma 3°, L. 104/92) purché conviventi e legati da vincoli familiari (parentela, filiazione, adozione, affinità) 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.

Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, la condizione di non autosufficienza dovrà essere certificata come segue:

- **Per gli anziani** – certificato del Medico di Medicina Generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, di cui al Decreto Sanità del 7 Marzo 2005;
- **Per i disabili** – certificato del Medico di Medicina Generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3° L. n. 104/92.

Devono, inoltre, sussistere le condizioni socio-ambientali di assistibilità a domicilio, vale a dire una compresenza di supporto familiare e/o della rete informale ed un alloggio idoneo o reso tale da semplici accorgimenti.

LIMITE DI REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE

In applicazione alle disposizioni del D.P. Regione Sicilia del 07 luglio 2005 e D.P. del 07/10/2005 e del 10 Luglio 2008 il limite I.S.E.E. per l'accesso al buono socio-sanitario è determinato in **EURO 7.000,00** riferito alla composizione del nucleo familiare. Alla determinazione di detto indicatore concorrono tutti i componenti del nucleo familiare ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, ivi compreso l'anziano o il disabile.

Il buono socio-sanitario verrà concesso, nel limite delle risorse finanziarie disponibili secondo le indicazioni che saranno dettate dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

DURATA DELL'INTERVENTO

Il programma personalizzato di erogazione ha la durata annuale ed in ogni caso per la durata stabilita dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro in sede di finanziamento.

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Istanza formulata su apposito modello disponibile presso gli Uffici del Settore Servizi Sociali e sul sito istituzionale di ciascun Comune;
- Modello ISEE secondo i nuovi criteri vigenti dal 01.01.2015 in corso di validità;
- 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 104/92.
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità sia del richiedente che del beneficiario.

Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, la condizione di non autosufficienza dovrà essere certificata come segue:

- **Per gli anziani** – certificato del Medico di Medicina Generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, di cui al Decreto Sanità del 7 Marzo 2005;
- **Per i disabili** – certificato del Medico di Medicina Generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3° L. n. 104/92.

TERMINE DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE.

Le istanze corredate dalla documentazione prescritta devono essere presentate entro e non oltre il **30 Aprile 2016**, termine perentorio, a pena di esclusione, presso il protocollo generale del Comune di residenza o inviate per mezzo posta con raccomandata corredata dalla ricevuta di ritorno, in quest'ultimo caso farà fede il timbro postale, su apposito modello disponibile presso gli Uffici del Settore Servizi Sociali e sul sito istituzionale di ciascun Comune.

Saranno escluse dal diritto, tutti coloro che faranno pervenire le istanze oltre il termine perentorio di scadenza, nonché tutte le domande che, al momento di presentazione, risultano incomplete.

Il Responsabile Unico del Procedimento
f.to Dott.ssa A. Migliore

Il Coordinatore del Gruppo Piano
f.to Dott.ssa M. Morinello



COMUNE DI BUTERA
93011 - PROVINCIA DI CALTANISSETTA
Via A. Moro, 5 -
C.F. 82000810851- P.I. 00400330858

Tel. 0934/1930529- e.mail: politichesociali@comune.butera.cl.it
SETTORE POLITICHE SOCIALI.- P.I. - SPORT- TURISMO- BB.CC.

ALLEGATO A
(da presentare entro il 30 aprile 2016)

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D9

Al Signor Sindaco del
Comune di BUTERA

Oggetto: Richiesta Bonus Socio-Sanitario 2016 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.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via/piazza _____

n. _____ telefono _____, cellulare _____

Codice fiscale _____ codice IBAN _____

DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 per falsità e dichiarazioni mendaci

1. Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di

2. parentela (specificare) _____ il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____
il _____ Cod. fiscale _____

Anziano/a (69 anni ed 1 giorno alla data di presentazione della domanda)

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.

2. Che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo 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. non superiore ad € 7.000,00.

3. 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 presidente della Regione Siciliana del 7 luglio e del 7 ottobre 2005.

CHIEDE

La concessione del Buono Socio-Sanitario sotto 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;

Buono di servizio o Voucher: per l'acquisto di prestazioni professionali erogate da Enti accreditati o in mancanza da spendere presso le strutture presenti nel Distretto Socio-Sanitario, iscritte all'Albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali (art. 26 L.R. n° 22/86) nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

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'Azienda unità sanitaria locale n. è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza

Composizione nucleo familiare:

n.	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CONVIVENTI	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Allega alla presente istanza:

- ❖ **Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.)** secondo i nuovi criteri vigenti dal 01.01.2015, in corso di validità;
- ❖ **Verbale della Commissione Invalidi Civili**, attestante l'invalidità civile al 100% con accompagnamento o in alternativa certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, 3° comma della legge 104/92.
- ❖ **Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione.**
- ❖ **Fotocopia del documento di riconoscimento valido, dell'anziano e/o disabile assistito.**
- ❖ **Copia codice iban.**
- ❖ **Copia codice fiscale**

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

- ❖ **Per gli anziani:** certificato medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale prevista dall'Assessorato Sanità;
- ❖ **Per i disabili:** certificato medico di medicina generale attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3, 3° comma L.104/92.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus ed inoltre:

- di essere consapevole della cadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento, il beneficio presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale è concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute.
- Di essere a conoscenza che l'istanza potrà essere sottoposta ad accertamenti fiscali anche tramite l'ausilio della Guardia di Finanza

Inoltre, autorizza il Distretto socio sanitario n. 9, all'uso dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 196/03, che verranno utilizzati esclusivamente alle finalità di cui alla presente istanza.

Data _____

FIRMA
