

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40

Corleone (Capofila) – Campofiorito – Bisacquino – Contessa Entellina – Chiusa Sclafani –
Giuliana – Roccamena -

AVVISO PER LA CONCESSIONE DEL BONUS SOCIO SANITARIO A NUCLEI FAMILIARI CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI O DISABILI GRAVI

F.N.A ANNO 2015

(Art.10 L.R. n. 10 del 31/07/2003)

Visti:

- L. 328/00;
- L.R. n. 10 del 31/07/03, art. 10;
- D.P. Regione Sicilia del 07 luglio 2005 e D.P. del 07 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 F.N.A 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 od 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), purchè 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 la condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3° della 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 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 e Politiche Sociali in sede di finanziamento.

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Istanza formulata su apposito modello;
- Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate (D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159; D. 16 dicembre 2014, n. 206) – ISEE 2016;
- Dichiarazione I.S.E.E. 2016;
- Certificazione sanitaria attestante le condizioni di non autosufficienza o disabilità come meglio specificata nei requisiti minimi;
- Copia del documento di riconoscimento.

TERMINE DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

Le istanze corredate dalla documentazione prescritta devono essere presentate dal **01/04/2016 al 30/04/2016**, 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.

*Informativa art. 13 D.Lgs. n. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali:
i dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali e vengono trattati in modo lecito e corretto, per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati. Devono essere esatti, completi, pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per i quali sono raccolti e trattati. Al trattamento dei dati possono attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali i Comuni hanno un rapporto di concessione, convenzione e/o contatto finalizzato all'espletamento della procedura o parte di essa. La comunicazione e/o diffusione della procedura è regolata dall'art. 19, il responsabile è il coordinatore del Gruppo Piano distrettuale. L'interessato può far valere nei confronti delle Amministrazioni Comunali coinvolte, i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/2003.*

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
Leoluclina Savona

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40
Corleone (Capofila) – Campofiorito – Bisacquino – Contessa Entellina – Chiusa Sclafani –
Giuliana – Roccamena -

Oggetto: Richiesta Bonus Socio Sanitario ai sensi dell'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 Signor Sindaco
Del Comune di Residenza**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e

Residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____

CAP _____ Prov. Palermo 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.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, 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 programma personalizzato definito dall'A.C. e dal Servizio sanitario (U.V.G./U.V.D) nel rispetto delle direttive fissate dal Decreto Presidenziale 7 luglio 2005, modificato ed integrato dal Decreto Presidenziale 7 ottobre 2005.

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 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.

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'A.S.P. n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	Rapporto Familiare	Nato a	Nato il	Conv. si	Conv. 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.) ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 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
