



A. P. n° 415
DAL 20/04/2017
AL 12/05/2017

L'Addetto alla Pubblicazione

Giuseppe Vitale



Avviso Pubblico

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 41

Buono Socio- Sanitario per anziani non autosufficienti o disabili per l'anno 2017

Si informa la cittadinanza che il Decreto Presidenziale 7 luglio 2005 " Definizione del Buono Socio-Sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi (Legge 104/92 art. 3 comma 3) ex art. 10 del 31/07/03 e successive m.m.i.i. prevede la presentazione dell'istanza di concessione del buono entro il 30 Aprile di ciascun anno.

DESTINATARI

Possono presentare istanza per la concessione del buono, finalizzato ad agevolare la permanenza degli anziani e disabili all'interno del nucleo familiare, famiglie che mantengono o accolgono anziani o disabili gravi, purchè conviventi e legati da vincoli familiari di parentela (filiazione, adozione, affinità) risultante all'anagrafe comunale, ai quali garantiscono prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il Buono si distingue in Buono sociale e/o di servizio /voucher)

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

CERTIFICAZIONE SANITARIA da produrre è la seguente :

Per anziani (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizione di non autosufficienza per patologie cronico degenerative, demenza senile ed altro;

- **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 L. 104/92.**
- **Per disabili gravi** : verbale commissione medica attestante l'invalidità civile al 100% corredata dalla certificazione attestante disabilità grave L. 104/92, art. 3 comma 3 con grave disabilità fisica, psichica o sensoriale.

Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle sopra citate certificazioni, dovrà essere prodotto:

- **Per anziani:** certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, di cui al Decreto Sanità 07 Marzo 2005.
- **Per 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, della L. 104/92.

LIMITI DI REDDITO

Fotocopia dell'attestazione I.S.E.E., in corso di validità, relativa alla famiglia anagrafica e ai soggetti a carico IRPEF (D.P.C.M. n. 159/13) il cui valore non deve superare i € **7.000,00**.

Fotocopia codice fiscale e del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e del beneficiario.

Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;

Il modulo delle istanze si possono ritirare presso l'ufficio Servizi Sociale del Comune o scaricabile dal sito del Comune www.trappeto.pa.it, **entro e non oltre il 12 Maggio 2017** ;

Il presente avviso non impegna il Distretto Socio Sanitario n. 41 in quanto l'erogazione del Buono Socio Sanitario è subordinata all'effettiva corresponsione delle somme da parte della Regione Sicilia.

TRAPPETO LI' 20/04/2017

Il Responsabile del Settore
Dott. Calogero Camilleri

L'assessore ai Servizi Sociali
Rosa Orlando

Il Sindaco
Giuseppe Vitale



**Al Sig. Sindaco
del Comune di Trappeto (PA)**

OGGETTO Richiesta Bonus socio-sanitario - Anno 2017

SCHEMA DI DOMANDA

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

**Al Comune di Trappeto
Ufficio di Servizio Sociale**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____.

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. 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. _____ del _____.

CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- o **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

- o **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'ASP n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

N	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Nato		conv	
			a	il	Si	no
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ANNO 2017
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario

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 _____

Informativa ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n° 196”
Codice in materia di protezione dei dati personali “ .

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 2003 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue:
Il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del Buono Socio Sanitario ai sensi del DPRS del 07/07/2005; è realizzare da personale della ASP e dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici. Preso atto dell'informativa di cui sopra:

Il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere .

TRAPPETO li _____

Riservato al Comune.

Data di presentazione _____ Prot _____