



COMUNE DI LERCARA FRIDDI
Provincia di Palermo
AREA AMMINISTRATIVA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI



DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"

LERCARA FRIDDI

COMUNE DI ALIA

**IL SINDACO
RENDE NOTO
Riapertura dei termini**

In riferimento alla pubblicazione del Decreto Ministeriale n. 146 del 01.06.2016 concernente la riforma dell'art. 10, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013 n. 159 che modifica le modalità di compilazione ISEE ed approva il modello tipo della dichiarazione sostitutiva unica DSU si comunica la **riapertura dei termini per la presentazione del Buono Socio - Sanitario anno 2016** che dovrà erogarsi attraverso i Comuni di residenza in forma di Buono Sociale e Buono di Servizio (Voucher) secondo i decreti del Presidente della Regione 7 luglio 2005 e 7 ottobre 2005.

Ai sensi del bando, possono presentare istanza per la concessione del buono socio - sanitario le famiglie di cittadinanza italiana, residenti negli otto Comuni del Distretto "D 38", che mantengono ed accolgono nel proprio nucleo familiare:

➤ **ANZIANI** (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata;

➤ **DISABILI GRAVI** (ART. 3, COMMA 3°, Legge 104/92);

Purchè conviventi e legati da vincoli di parentela, ai quali garantiscono prestazioni di assistenza e di aiuto personale e sanitario.

L'istanza per la concessione del buono, predisposta su appositi moduli a disposizione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune del Distretto, dovrà pervenire al Protocollo Generale del Comune di residenza, dal **01.07.2016 al 20.07.2016**, corredata dalla seguente documentazione:

➤ Certificazione I.S.E.E. attestante che il nucleo familiare di chi presenta l'istanza non supera l'importo di € 7.000,00;

➤ 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 del 28 febbraio 1992.

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

Per gli anziani: Certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, **correlato dalla copia della scheda multidimensionale SVAMA di cui al Decreto del 7 marzo 2005;**

Per i disabili: Certificato del medico di medicina generale attestante la condizione di disabilità grave, non autosufficienza, **correlato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3°, della Legge n. 104/92.**

❖ Data la natura dell'intervento, il beneficio presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale è concesso il buono e, pertanto, decade alla data del decesso del beneficiario.

Comune di 01 LUG. 2016
ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI

IL SINDACO

IL SINDACO

Dr. Francesco TODARO

L'Assessore alle Politiche Sociali
Dr.ssa Daniela Calcara



COMUNE DI LERCARA FRIDDI
Provincia di Palermo
AREA AMMINISTRATIVA
UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

**Ambito Territoriale: Lercara Friddi, Alia, Castronovo di Sicilia, Palazzo Adriano,
Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari**

^^^*^^*^^*^^*^^*^^*^^*^^*^^*

Schema di domanda

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 DPR 28.12.2000, n. 445

Al Comune di _____ Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____, nella qualità di richiedente,
nato a _____ il _____ e residente in via/piazza
_____ n. _____ Comune di _____ CAP
_____ Prov. _____, C.F.: _____, Carta d'identità n.
_____ telefono _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela 1 sig. _____, nella qualità di beneficiario, nato a _____ il _____ C.F.: _____, Carta d'identità n. _____, 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. 04.04.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € 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. del 07.07.2005 e dal D.P.R.S. del 07.10.2005.

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 (Voucher):** 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 a assegno equivalente (L. n. 18 / 1980).

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'A.U.S.L. n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome	Nome	Rapporto Familiare	Nato		Conviv	
				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;
- Per le situazioni di gravità recente, per cui non si è ancora in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:
- Per gli anziani: Certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, correlato dalla copia della scheda multidimensionale SVAMA di cui al Decreto del 7 marzo 2005;
- Per i disabili: Certificato del medico di medicina generale attestante la condizione di disabilità grave, non autosufficienza, correlato dalla 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.) ai sensi del D. L.vo n. 109 / 98 e successive modifiche ed integrazioni 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
