



**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**

Che il Distretto Socio - Sanitario "D 38" composto dall'ASP 38 e dai Comuni: Alia, Castronovo di Sicilia, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari, Lercara Friddi, dispone l'apertura dei termini per la presentazione delle istanze relative al "Buono Socio - Sanitario", Legge Regionale n. 10 / 2003 - Art. 10.

Che con nota prot. n. 3244 del 04.02.2016 l'Assessorato Regionale alla Famiglia ha comunicato che con D. A. n. 3779 del 29.12.2015 occorre attivare le procedure per l'erogazione del Buono Socio - Sanitario di cui all'art. 10 della L.R. n. 10/2013;

**Che per l'anno 2016 il Buono Socio - Sanitario** 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.

Il Buono Sociale come contributo economico a supporto del reddito familiare finalizzato a sostenere la famiglia a "prenderci cura" del proprio familiare;

Il Buono di Servizio (Voucher) è titolo 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 L.R. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare liberamente scelti dalle famiglie.

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:

➤ **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 **15.02.2016 al 29.04.2016**, 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.

**L' ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI**  
**DOTT.SSA DANIELA CALCARA**

**IL SINDACO**  
**DOTT. FRANCESCO TODARO**



**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

\_\_\_\_\_