

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D2
COMUNE CAPOFILA BIVONA

Comuni di : Bivona - S. Stefano Q.na – Alessandria della Rocca – Cianciana – S. Biagio Platani

RIAPERTURA TERMINI

BUONO SOCIO-SANITARIO
AI NUCLEI FAMILIARI CON ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI O DISABILI GRAVI

In favore delle famiglie in possesso di un indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a € 7.000,000, che mantengono nel proprio contesto anziani non autosufficienti (di 69 anni e 1 giorno) o soggetti con grave disabilità (L. 104/92 – art. 3, 3° comma), purché conviventi e legati da vincoli di parentela viene prevista, la concessione di un

BUONO SOCIO-SANITARIO

A sostegno della spesa sostenuta per l'attività di assistenza e cura garantita dalle medesime famiglie nel proprio domicilio

Procedure di ammissione alle relative graduatorie	<p>Istanza su apposito modulo, da ritirare presso i Servizi Sociali del Comune di residenza, corredata da:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Attestazione dell'indicatore della situazione economica equivalente ISEE. Detta attestazione deve recare il timbro degli uffici ed organismi abilitati al rilascio (CAF, INPS, COMUNE) e deve essere riferita a tutti i componenti il nucleo familiare quale risultano nello stato di famiglia, compreso il soggetto da assistere;○ Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;○ Verbale della Commissione invalidi civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento; o in alternativa:<ul style="list-style-type: none">- certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92. Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni dovrà essere prodotto: Per gli anziani<ul style="list-style-type: none">- certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale, di cui al decreto sanità 7 marzo 2005.Per i disabili<ul style="list-style-type: none">- certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;- Dichiarazione del consenso del trattamento dei dati.
Termine di presentazione	<p>- L'istanza, unitamente agli allegati, deve essere presentata entro il 29.07.2016 presso l'Ufficio Servizi Sociali del <u>Comune di residenza</u>.</p>

San Biagio Platani 12.07.2016

Il Sindaco
(S. Sabella)

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
(F. Cacciatore)

AL COMUNE DI SAN BIAGIO PLATANI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: Richiesta Bonus Socio - Sanitario ai sensi dell'art. 10 della L. R. n. 10 del
31.07.2003.

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

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente in via/Piazza _____ n. _____ Comune di _____

(cap. _____) Prov. _____ telefono/telefonino _____

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 autosufficienza cui vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza 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 decreto leg.vo n. 109/98 e regolamenti attuati, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1, D.P.C.M. 4 aprile 2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con ISEE 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 (U.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. del 07 luglio 2005 e del 07 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 nel distretto socio - sanitario iscritte all'albo regionale delle Istituzioni assistenziali per le sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio di assistenza domiciliare.

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	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Allega alla presente istanza:

- Verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3, della L. 104/92;
- Certificazione del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale, di cui al decreto sanità 7 marzo 2005 (per gli anziani con situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni);
- Certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma, 3, della legge n. 104/92 (per i disabili con situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni);
- Attestazione situazione economica equivalente (ISEE) ai sensi del Decreto legislativo n. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF, INP -COMUNI etc.), relativa a tutti i componenti il nucleo familiare, compreso il soggetto da assistere, quali risultano nello stato di famiglia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Dichiarazione del consenso del trattamento dei dati
- 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.

San Biagio Platani li _____

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. 196, ed in relazione ai dati personali che Li 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;
- Il trattamento è realizzato dal personale delle ASP dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196, il/la sottoscritta/o _____ acconsente al trattamento dei dati personali che lo riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

San Biagio Platani li' _____

FIRMA
