

CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

AVVISO PUBBLICO

PER L'EROGAZIONE DEL BUONO SOCIO SANITARIO

- Anno 2016 -

IN OTTEMPERANZA AI DECRETI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE DEL 7 LUGLIO 2005, DEL 7 OTTOBRE 2005, DEL 10 LUGLIO 2008 E DELL'AVVISO DELL'ASSESSORATO REGIONALE DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO, PROT. N. 1954 DEL 26 GENNAIO 2015.

SI RENDE NOTO

CHE IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO INTENDE ATTIVARE, IN ALTERNATIVA ALLE PRESTAZIONI DI NATURA RESIDENZIALE, IL BUONO SOCIO-SANITARIO A NUCLEI FAMILIARI CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI O DISABILI GRAVI EX ART.10 DELLA LEGGE REGIONALE N.10 DEL 31 LUGLIO 2003.

IL BUONO SOCIO-SANITARIO SARÀ EROGATO SOTTO FORMA DI BUONO SOCIALE E/O BUONO DI SERVIZIO (VOUCHER) FINALIZZATO ALL'ACQUISTO DI PRESTAZIONI DOMICILIARI SOCIO-SANITARIE PRESSO ORGANISMI ED ENTI NO PROFIT PRESENTI NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO ED ISCRITTI ALL'ALBO REGIONALE DELLE ISTITUZIONI SOCIO ASSISTENZIALI DI CUI ALL'ART.26 DELLA L.R.22/1986 LIBERAMENTE SCELTI DALLE FAMIGLIE.

L'INTERVENTO E' RIVOLTO ALLE FAMIGLIE RESIDENTI NEL TERRITORIO DISTRETTUALE, CHE OFFRONO CURA ED ASSISTENZA AD ANZIANI (DI ETÀ NON INFERIORE A 69 ANNI E 1 GIORNO) IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA OPPURE A DISABILI GRAVI, FISICI, PSICHICI O SENSORIALI (ART. 3, COMMA 3, LEGGE N. 104/92), CONVIVENTI E LEGATI DA VINCOLI DI PARENTELA.

IL LIMITE ISEE (INDICATORE SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE) PER L'ACCESSO AL BUONO SOCIO SANITARIO E' DETERMINATO IN €. 7.000,00.

REQUISITI ESSENZIALI RICHIESTI PER L'ACCESSO AL BONUS SOCIO-SANITARIO SONO:

- IL VINCOLO FAMILIARE (PARENTELA, FILIAZIONE, ADOZIONE, AFFINITÀ);
- LA CONVIVENZA NEL NUCLEO FAMILIARE.

I FAMILIARI INTERESSATI POSSONO RITIRARE E PRESENTARE APPOSITA ISTANZA ENTRO IL TERMINE PERENTORIO DEL 30 APRILE 2016 PRESSO GLI UFFICI DEI SERVIZI SOCIALI DEI VARI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI RESIDENZA (PATERNÒ- BELPASSO-RAGALNA) NEI GIORNI E NELLE ORE DI APERTURA AL PUBBLICO. NON SI ACCETTANO ISTANZE INCOMPLETE E/O CARENTI DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

ALL'ISTANZA VA ALLEGATO:

- 1) CERTIFICATO CONTESTUALE;

CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

- 2) **INDICATORE DI SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE (ISEE) AI SENSI DEL DECRETO LEGISTRATIVO DPCM N.159/2014 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTREGRAZIONI, AGGIORNATO E RILASCIATO DA ORGANISMO ABILITATO (CAF—INPS-ECC.) RELATIVO ANNO 2015;**
- 3) **FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RICHIEDENTE, DELL'ANZIANO INVALIDO O DEL DISABILE.**
- 4) **PER GLI ANZIANI (ETÀ NON INFERIORE A 69 ANNI E 1 GIORNO).
VERBALE DELLA COMMISSIONE INVALIDI CIVILI, ATTESTANTE L'INVALIDITÀ CIVILE AL 100% CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO O IN ALTERNATIVA PER LE SITUAZIONI DI GRAVITÀ RECENTE, PER CUI NON SI È IN POSSESSO DELLA SUPERIORE CERTIFICAZIONE, DOVRA' ESSERE PRODOTTO CERTIFICATO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, ATTESTANTE LA NON AUTOSUFFICIENZA, CORREDATO DALLA COPIA DELLA SCHEDA MULTIDIMENSIONALE DI CUI AL DECRETO SANITÀ 7 MARZO 2005.**
- 5) **PER I DISABILI :
CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA DISABILITÀ GRAVE, AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3, DELLA LEGGE N. 104/92;
O IN ALTERNATIVA PER LE SITUAZIONI DI GRAVITÀ RECENTE, PER CUI NON SI È IN POSSESSO DELLA SUPERIORE CERTIFICAZIONE, DOVRÀ ESSERE PRODOTTO 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 104/92.**

DA PARTE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO VERRÀ REDATTA APPOSITA GRADUATORIA SULLA BASE DEI CRITERI RELATIVI AL LIVELLO DI DIPENDENZA E DI ASSISTENZA, DANDO PRIORITÀ A CHI NON FRUISCE DI ALTRI SERVIZI ED HA IL REDDITO ISEE PIÙ BASSO.

I DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE E DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO I DATI VENGONO TRATTATI IN MODO LECITO E CORRETTO E PER UN TEMPO NON SUPERIORE A QUELLO NECESSARIO AGLI SCOPI PER I QUALI SONO RACCOLTI E TRATTATI : DEVONO ESSERE ESATTI, PERTINENTI COMPLETI ENON ECCEDENTI RISPETTO ALLE FINALITÀ PER LE QUALI SONO RACCOLTI E TRATTATI.

IL PRESENTE AVVISO NON IMPEGNA IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

***IL COORDINATORE DEL DISTRETTO
DOTT.SSA CONCETTA CONTI***

***IL SINDACO DEL COMUNE CAPOFILA
PROF. MAURO MANGANO***

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18 – PATERNÒ-BELPASSO-RAGALNA

Al Comune di _____

OGGETTO: Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art.10 della Legge Regionale n.10 del 31 luglio 2003.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ via/piazza _____ n _____

telefono _____

CHIEDE

Di potere usufruire del Bonus socio-sanitario al fine di assicurare al proprio congiunto anziano/disabile:

prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in seno alla famiglia,

prestazioni di natura residenziale, e/o finalizzato all'acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare accreditati presso il Distretto socio sanitario 18.

A tal fine, avvalendosi della disposizione di cui al D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite dal Codice Penale in caso di false attestazioni e/o mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

• Di essere nato/a a _____ il _____

• Di essere residente in _____

• Che il proprio Codice Fiscale è _____

• Che nel proprio nucleo familiare è presente anagraficamente convivente, per vincolo di parentela (specificare) _____, il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____ anziano/a disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficienza.

• Che il familiare anziano/disabile in atto non fruisce di altro servizio socio-assistenziale. oppure, fruisce di:

interventi _____ domiciliari _____ tipologia _____

erogati da _____ dal _____ al _____.

indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L. 18/1980).

assist.za economica straordinaria al nucleo familiare finalizzata al sostegno dell'anziano/disabile.

Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Buono socio sanitario.

Di essere a conoscenza che l'opzione tra buono sociale e buono di servizio è sottoposta alla valutazione dei servizi socio-sanitari e può essere modificata, e che l'entità del buono è commisurata alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano/disabile ed alle necessità assistenziali.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18 – PATERNÒ-BELPASSO-RAGALNA

- ☒ di impegnarsi a utilizzare il buono socio sanitario per sostenere le cure necessarie ad assicurare la permanenza a domicilio del congiunto, in attuazione del programma personalizzato definito dai servizi socio-sanitari, nel rispetto delle direttive fissate dai D.P.R.S. 7 luglio 2005 e D.P.R.S. 7 ottobre 2005, mediante prestazioni:
 - rese direttamente dai familiari o da persone non appartenenti al nucleo familiare.
 - oppure rese da enti pubblici o privati accreditati per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie domiciliari.
- ☒ Di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione su quanto dichiarato e documentato.

Allega alla presente istanza:

- ☒ Certificato Contestuale (Stato di famiglia e residenza);
- ☒ Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del DPCM N.159/2014 e succ. modifiche ed integrazioni, aggiornato e rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - etc.) anno 2015;

- Per gli anziani (età non inferiore a 69 anni ed un giorno):

- ☒ Verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
o, in alternativa per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto:
- ☒ Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza o la disabilità grave, corredato della copia della scheda multidimensionale, di cui al Decreto dell'Ass.to Reg.le della Sanità del 23 febbraio 2005, nel caso trattasi di persone anziane;

- Per i disabili:

- ☒ Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge n.104/92.
o, in alternativa per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto:
- ☒ Certificato del medico di medicina generale attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza presentata per il riconoscimento della disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge n.104/92.

Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 455/2000, è obbligo apporre la firma e allegare copia di valido documento di identità.

Trattamento dati personali

Informativa art.13 del D.Lgs. n. 196/03: I dati personali forniti saranno raccolti presso le strutture organizzative del Comune e del Distretto socio sanitario 18 per le finalità di gestione della pratica. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.

Al trattamento potranno attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali il Comune o il Distretto abbiano un rapporto di concessione e/o convenzione finalizzato all'espletamento della procedura o di parte di essa.

L'interessato può far valere nei confronti dell'A. C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi dell'art. 8, 9 e 10 del D.Lgs. n. 196/03.

La comunicazione e/o diffusione dei dati è regolata dall'art. 19.

Titolare del trattamento è il Sindaco di ciascun Comune del Distretto SS 18; per il trattamento nell'ambito dei procedimenti generali di ordine distrettuale è responsabile il Sindaco del Comune Capofila.

Data _____

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
STATO DI FAMIGLIA E RESIDENZA**
(artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la famiglia convivente si compone di:

Nome e cognome	Parentela/affinità/convivenza	Luogo e data di nascita

La residenza è:

A _____ prov. _____

Via _____ n. _____

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.