

CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

AVVISO PUBBLICO

BUONO SOCIO-SANITARIO ANNO 2016 (F.N.A. 2015) – RIAPERTURA TERMINI PER LA PRESENTAZIONE ISTANZE

IN RIFERIMENTO AL DECRETO MINISTERIALE 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 MODALITA' DI COMPILAZIONE ISEE ED APPROVA IL MODELLO TIPO DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA (DSU) , SI COMUNICA CHE LA REGIONE SICILIA CON NOTA PROT. N. 21452 DEL 23/06/2016, HA RIAPERTO I TERMINI PER LA PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DEL BONUS SOCIO SANITARIO 2016.

L' Istanza, con allegata documentazione richiesta, dovrà essere presentata presso l'ufficio servizi sociali del comune di residenza, entro l' 29. 07. 2016. All'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:

- PER GLI ANZIANI (ETA' NON INFERIORE AI 69 ANNI E UN GIORNO): VERBALE DEL DOCUMENTO INVALIDI CIVILI, ATTESTANTE L' INVALIDITA' CIVILE AL 100% CON INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO;

- PER I DISABILI : CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA DISABILIT' GRAVE , AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE N. 104/2;

PER GLI EVENTI INVALIDANTI RECENTI :

PER GLI ANZIANI :CERTIFICATO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, ATTESTANTE LA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA' GRAVE CORREDATO DALLA SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI CUI AL DECRETO DELL'ASS.TO REG.LE DELLA SANITA' DEL 23.02.2005,;

PER I DISABILI: CERTIFICATO RILASCIATO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ATTESTANTE LE CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVE , NON AUTOSUFFICIENZA, CORREDATO DALLA COPIA DELL'ISTANZA PRESENTATA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITA' GRAVE ,AI SENSI DELL'ART.3 COMMA3,DELLA LEGGE N.104/92.

-CERTIFICATO CONTESTUALE (STATO DI FAMIGLIA E RESIDENZA)

- ATTESTAZIONE ISEE, CHE NON DOVRA' SUPERARE L'IMPORTO DI € 7.000,00.

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E CODICE FISCALE DEL SOGGETTO CHE INOLTRO L'ISTANZA.

I FAMILIARI INTERESSATI POSSONO RITIRARE E PRESENTARE APPOSITA ISTANZA ENTRO IL TERMINE PERENTORIO DEL 29.07.2016 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 SARA' NECESSARIO RIPRESENTARE NUOVA ISTANZA O INTEGRARE LA DOCUMENTAZIONE PER COLORO CHE HANNO GIA' INOLTROTO REGOLARE DOMANDA E GIA' IN POSSESSO DEI REQUISITI PER L'ANNO 2016.

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

**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
