

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



San Cataldo



Bompensiere



Milena



Marianopoli



Serradifalco



Montedoro



## AVVISO

### BUONO SOCIO- SANITARIO PER L'ANNO 2015

( D.P.R. S. 7 Luglio 7 ottobre 2005 e D.P.R.S. 10 luglio 2008)

**POSSONO RICHIEDERE IL BENEFICIO I SOGGETTI AVENTI I REQUISITI SOTTOINDICATI:**

- Nucleo familiare di riferimento del soggetto da assistere risultante convivente e legato ad egli da vincoli familiari ( parentela, filiazione, adozione, affinità) con I.S.E.E. complessivo ,del nucleo familiare e del soggetto da assistere, **non superiore ad euro 7.000,00**. Si richiede, all'uopo, la nuova ISEE 2015 regolato dal D.P.C.M. del 5.12.2013 n° 159.

- Nucleo familiare di riferimento che garantisce prestazioni socio- assistenziali e che si assume la responsabilità e l'impegno dell'attività di cura e di aiuto;

- Nuclei familiari in condizioni socio-ambientali di assistibilità al domicilio ossia, una compresenza di supporto familiare e/o della rete informale , residenti nel territorio comunale che mantengono ed accolgono anziani ( di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) o disabili gravi in condizioni di non autosufficienza come certificato dalla Commissione invalidi civili :

- **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. 104/92**

**PER GLI EVENTI RECENTI**

#### PER GLI ANZIANI

Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza  
corredato dalla S.V.M.A. –

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziani (Gurs. N. 56  
del 30/11/2007);

#### PER I DISABILI

Certificato del medico di medicina generale, attestante la disabilità grave, non  
autosufficienza corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento ai sensi dell'art. 3 c 3  
L. 104/92;

Si rammenta che:

- la concessione del Buono è subordinata alla valutazione della sussistenza delle condizioni socio-ambientali di assistibilità al domicilio e alla elaborazione del Piano Personalizzato, da parte della competente U.V.M. , rivolto alla definizione della diagnosi funzionale dei soggetti disabili o anziani.

**SI COMUNICA CHE GLI AVENTI DIRITTO POSSONO PRESENTARE ISTANZA  
CORREDATA DALLA SUDETTA DOCUMENTAZIONE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO  
DEL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA.**

**LE DOMANDE DOVRANNO PERVENIRE ENTRO IL 30/04/2015**

Per ogni ulteriore comunicazione in merito rivolgersi al competente Ufficio della Ripartizione I^  
Servizio II ° Politiche Sociali – Piazza Papa Giovanni XXIII° - 93017 – San Cataldo – Tel/Fax: 0934/511203

Il presente avviso e la relativa istanza sono fruibili sul sito [www.comune.san-cataldo.cl.it](http://www.comune.san-cataldo.cl.it)

**San Cataldo , 01/04/2015**

**IL COORDINATORE DEL GRUPPO PIANO**

**Dirigente delle Politiche Sociali**

**del Comune Capofila**

**F.to Dott. Elio Cirrito**

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D. 11  
UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE  
COMUNE DI MONTEDORO

Il sottoscritto .....nato a .....  
Il ..... C.F. ....e residente in  
Via/Piazza .....n. ....  
Comune di Montedoro C.A.P. 93010, Prov. C/ssetta, Tel.....  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n° 445

**Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente il sig.**

..... Nato il ..... a .....

**Convivente per vincolo di parentela, filiazione, adozione, affinità**

**con C.F. ....**

Anziano ( di età non inferiore a 69 anni e un giorno) / disabile grave;

in condizione di totale /parziale non autosufficienza 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 delle famiglie;

- Che nel proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti, ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo 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. 4 Aprile 2001, n° 242, ha una condizione economica valutata con la **Nuova I.S.E.E 2015** regolata dal D.P.C.M. DEL 05/12/2013 N. 159;

pari ad € ..... ( non superiore a € 7.000,00);

- Che si impegna a comunicare le variazioni economiche che interverranno, e 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; -

- Che sussistono le condizioni socio- ambientali di assistibilità al domicilio ossia : una compresenza di supporto familiare e/o della rete informale ed un alloggio idoneo;
- Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Buono 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;

- Che il beneficiario del buono, Anziano non autosufficiente/disabile grave non è destinatario di interventi, a carattere domiciliare, previsti nel Piano di Azione e Coesione.

### 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 l'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 Organismi del Terzo Settore produttori di servizi e prestazioni di servizi di assistenza domiciliare Anziani/disabili accreditate all'Albo del Distretto Socio Sanitario n° 11 (liberamente scelti) ;

Si comunica che il Dott. .... del servizio di medicina Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale N° 2 , è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- 1 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....
- 2 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....
- 3 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....
- 4 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....
- 5 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....
- 6 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....
- 7 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....
- 8 - ..... nato a ..... il ..... rel. Parentale .....

Allega alla presente istanza:

- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento ;
- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza dell'anziano assistito, o sulla condizione di non autosufficienza per disabilità ( verbale della commissione invalidi civili, attestante l'invalidità al 100% con accompagnamento o in alternativa certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3,c. 3 della L. 104/92 );
- Per gli eventi di gravità recente, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:  
Per gli anziani
- certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della S.V.M.A. - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziani (Gurs. N. 56 del 30/11/2007);

**Per i disabili**

- certificato del medico di medicina generale, attestante la condizione di disabilità grave, non autosufficienza, corredato 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. )-Nuova I.S.E.E 2015 regolata dal D.P.C.M. del 05/12/2013 n.159;

Le dichiarazioni rese, relative alla composizione anagrafica, saranno sottoposte a verifica, da parte di codesto Ufficio, tramite risultanza anagrafica.

Data .....

Firma .....

**INFORMATIVA AI SENSI DELLA d. N° 196/03**

Il sottoscritto, come sopra individuato, consapevole che i dati comunicati con la presente istanza sono trattati anche su supporto informatico e trasmessi , nei contenuti generali, a Enti e Ditte collegate esprime il proprio consenso alla trattazione dei dati personali per gli usi indispensabili nei limiti e con le modalità indicate per la tipologia di prestazione richiesta .

Il responsabile del trattamento dei dati è .....

Data .....

Firma .....