



COMUNE DI TAORMINA

Provincia di Messina

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 32

Taormina, Antillo, Casalvecchio Siculo, Castelmola, Cesarò, Forza D'Agrò, Francavilla di Sicilia, Gallodoro, Gaggi, Giardini Naxos, Graniti, Letojanni, Limina, Malvagna, Mojo Alcantara, Mongiuffi Melia, Motta Camastra, Roccafiorita, Roccella Valdemone, Sant'Alessio Siculo, Savoca, Santa Domenica Vittoria, Santa Teresa di Riva, San Teodoro

AVVISO PUBBLICO RIAPERTURA TERMINI BUONO SOCIO-SANITARIO 2016

SI RENDE NOTO

Che in riferimento al Decreto Ministeriale n. 146 del 01.06.2016, concernente la riforma dell'art. 10 comma 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 - 5 dicembre 2013, di approvazione del modello tipo (DSU) Dichiarazione Sostitutiva Unica con le modifiche apportate.

Vista la nota 21452 del 23.06.2016 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro nelle more del Decreto in epigrafe, al fine di non creare disparità di trattamento fra gli utenti aventi diritto, **si riaprono i termini per la presentazione delle istanze relative al Buono Socio Sanitario 2016.**

Le istanze secondo il modello allegato dovranno pervenire entro e non oltre il **22/08/2016** presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D32.

Natura dell'intervento

Il Buono Socio-Sanitario si distingue:

- Buono sociale:** provvidenza economica a supporto del reddito familiare.
- Buono di servizio (voucher): titolo per acquisto di specifiche prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no profit, riconosciuti ed accreditati, o presso strutture/operatori ASP.**

Entità del Buono e condizioni per l'erogazione

Il buono verrà concesso, nei limiti del contributo assegnato dalla Regione al Distretto Socio-Sanitario.

Destinatari

Famiglie che mantengono o accolgono:

- **Anziani** (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata;

OPPURE

- **Disabili gravi** (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92) purché conviventi e legati da vincoli di parentela, ai quali garantiscono direttamente, o con impiego di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Limiti di reddito

Limite I.S.E.E. € 7.000,00 cui concorrono tutti i componenti il nucleo familiare.

Dove presentare l'istanza

Le domande devono essere presentate al Comune di rispettiva residenza, utilizzando il modello predisposto dall'ufficio.

Documentazione da allegare:

1. Attestazione I.S.E.E. completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – anno 2016 (redditi 2015) in corso di validità;
2. Copia documento di riconoscimento, in corso di validità.

Ed inoltre per:

a) Anziani (69 anni e 1 giorno)

- ▶ Verbale della Commissione Invalidi attestante il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento
- ▶ 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 della superiore certificazione, dovrà essere prodotto:

- ▶ Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredata della copia della scheda multidimensionale di cui al decreto Sanità 7 marzo 2005.

b) Disabili:

- ▶ Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge n. 104/92.

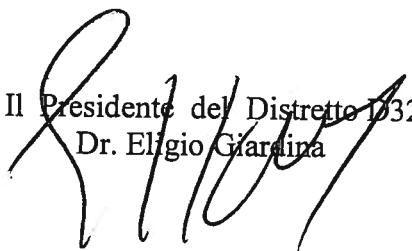
Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto:

- ▶ Certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente agli Uffici Servizi Sociali dei Comuni del Distretto o all'Ufficio Piano presso il Comune di Taormina, telefono n. 0942/610333-610335. La modulistica, inoltre, può essere visionata sul sito www.comune.taormina.me.it.

Taormina li 11/07/2016

Il Presidente del Distretto D32
Dr. Elgio Giardina



**Richiesta Bonus Socio-Sanitario
ai sensi art. 10 della Legge n. 10 del 31.07.2003**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

Al Sindaco del Comune di

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____
residente in _____ via _____
n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig. _____ anziano o 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 della famiglia.

- Che il 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 della famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico dell'IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. 4 aprile 2001 n. 242, così come modificati ed integrati dal D.P.C.M. n. 179 del 05/12/2014 ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. 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 del Servizio Sanitario (U.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. n. 07 luglio 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

CHIEDE

La concessione del Buono – Sanitario nella forma di:

Buono Sociale: a sostegno del reddito familiare con impegno 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 od assegno equivalente (Legge n.18/80).

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
1			
2			
3			
4			
5			

Allega alla presente istanza:

- Certificazioni ISEE riferito ai redditi dell'anno 2015 ai sensi del D.P.C.M. n. 179 del 05/12/2014 (CAF – INPS- Comuni etc.);
- Verbale della Commissione invalidi civili attestante l'invalidità al 100% con accompagnamento, ovvero certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.n. 104/92;
- Piano personalizzato proposto dal medico di base;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, deve essere prodotto:

- Per gli anziani, certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale prevista dall'Assessorato Sanità;

- Per i disabili, certificato del medico di medicina generale attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, 3° comma L. 104; in tal caso, ove nell'anno successivo venga prodotta nuovamente copia dell'istanza di riconoscimento, l'Ufficio comunale che esegue l'istruttoria ha l'onere di verificare lo stato del procedimento ed in particolare se nel frattempo lo stesso si sia concluso con esito negativo.

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 veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma
