



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/23 NICOSIA
COMUNE CAPOFILA DI NICOSIA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
I SETTORE**

servizisociali@pec.comune.nicosia.en.it
telefax 0935/672559

DETERMINA DIRIGENZIALE N. 03 L. 328/00 del 17 GEN. 2014

OGGETTO: DD.PP. 07 luglio, 07 ottobre 2005 e s.m.e.i. Buono socio sanitario anno 2014.
Approvazione bando.

IL DIRIGENTE/COORDINATORE

VISTA la legge 328/00 recante norme per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi socio – sanitari;

VISTO l'art. 10 della legge regionale n. 10/03 che prevede l'erogazione di un buoni socio-sanitari alle famiglie con soggetti anziani in situazione di non autosufficienza o disabili in situazione di gravità, in alternativa a prestazioni di natura residenziale da assicurare a detti soggetti;

VISTO il D.P.R. S. 07/07/05 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 30 del 14/07/05;

VISTO il D.P.R.S. 07/10/05 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 43 del 10/10/05;

VISTO l'Avviso pubblicato sul sito del Dipartimento Regionale della Famiglia del 21/11/13 prot. 44771, con il quale viene reso noto a tutti i distretti socio sanitari che, con D.A. n. 1503 del 17/10/13 è stata data attuazione alla delibera di Giunta Regionale n. 273 del 30/07/13 di approvazione del programma attuativo concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2013 riservando una quota per l'erogazione del buono socio – sanitario di cui all'art. 10 L.R. 10/03;

DATO ATTO che nel medesimo avviso è stato, altresì, raccomandato a tutti i distretti di attivare le procedure necessarie per l'erogazione del buono, con le modalità previste dai decreti citati in premessa e che, la data di presentazione delle istanze ai Comuni di residenza viene anticipata al **28.02.2014**, ed il successivo inoltro al Dipartimento della Famiglia entro il **30.04.2014**, nella considerazione della mancata erogazione dell'intervento in oggetto riferita agli anni precedenti.

VISTO il bando per l'erogazione del buono socio sanitario nel distretto D/23 anno 2014 che viene allegato alla presente per farne parte integrante ed inscindibile;

DATO ATTO che sulla presente determinazione la sottoscritta esprime parere in ordine alla regolarità ed alla correttezza dell'azione amministrativa ai sensi dell'art. 147 bis 1° comma D. L.gs. 267/2000.

VISTO l'art. 37 dello Statuto Comunale;

RITENUTA la propria competenza al riguardo,

DETERMINA

Di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa e qui integralmente riportate, il bando per l'erogazione del buono socio sanitario nel distretto D/23 anno 2014 che viene allegato alla presente per farne parte integrante ed inscindibile.

Di subordinare l'erogazione del buono socio sanitario in favore degli aventi diritto all'effettivo finanziamento dei relativi fondi da parte dell'assessorato regionale e della quota a carico dei bilanci comunali.

Il presente provvedimento ha efficacia immediata e viene pubblicato all'Albo Pretorio del Comune per giorni 15 ai fini della generale conoscenza.



IL DIRIGENTE
(dott.ssa Patrizia MANCUSO)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'PM'.

Si attesta la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa ai sensi dell'art. 147 bis comma 1° D. Lgs. 267/2000.
Nicosia, 17 GEN. 2014

IL DIRIGENTE
(Dott.ssa Patrizia MANCUSO)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'PM'.



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/23 NICOSIA
BUONO SOCIO-SANITARIO ANNO 2014

AVVISO PUBBLICO

SI INFORMA

Che con DD.PP del 07 luglio, 07 ottobre 2005, sono stati definiti i criteri per l'erogazione del buono socio – sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi e che con D.P. de 10 luglio 2008 sono stati confermati gli stessi criteri (ex art.10 della L.R. 10/2003).

Sono destinatari del buono socio – sanitario, nei limiti delle risorse assegnate dall'Assessorato Regionale alla Famiglia, le famiglie residenti nel territorio regionale che mantengono ed accolgono anziani (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizione di non autosufficienza debitamente certificata, o disabili gravi (ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge n. 104/92) purché detti soggetti siano conviventi e legati da vincolo di parentela con il nucleo richiedente (parentela, filiazione, adozione, affinità) ai quali garantiscano direttamente o con impiego di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale anche di rilievo sanitario nell'ambito di un predefinito piano personalizzato di assistenza, elaborato dall'U.V.M., U.V.G. o U.V.D. di concerto con gli uffici del servizio sociale appartenenti ai distretti socio – sanitari.

Requisito per accedere al buono socio – sanitario è che l'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E. in corso di validità del nucleo familiare di riferimento non sia superiore € 7.000,00. Alla determinazione di detto indicatore concorrono tutti i componenti del nucleo familiare, compreso l'anziano o il disabile che occupi un alloggio autonomo.

Il buono socio- sanitario verrà concesso nei limiti delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per tali finalità assegnate al Distretto, con priorità per i nuclei familiari con I.S.E.E. più basso che saranno individuati a seguito di predisposizione di apposita graduatoria distrettuale.

Il buono socio-sanitario, di importo pari all'indennità di accompagnamento, si distingue in:

- Buono sociale: provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzata a sostenere la famiglia nel "prendersi cura" dei propri familiari, con l'impegno del caregiver familiare e delle reti di solidarietà familiare o dei soggetti legati da rapporti consolidati con le famiglie e verificabili ;
- Buono di servizio (voucher): titolo per acquisto di specifiche prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no profit, riconosciuti ed accreditati e liberamente scelti dalle famiglie.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA:

- 1) Copia del verbale rilasciato dalla Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3, della L. n. 104/92.

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

Per gli Anziani: 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: certificato del medico di medicina generale attestante le condizioni di disabilità grave e di non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92.

- 2) Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del decreto legislativo n. 109/98 e s.m.e.i. in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF, INPS etc..)
- 3) Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto che inoltra l'istanza.

TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA:

L'istanza da formulare secondo il modello allegato al presente avviso, dovrà pervenire ai Comuni di residenza entro il 28 Febbraio 2014.

Il modello e ulteriori informazioni possono essere richiesti presso gli uffici di Servizi Sociali di ciascun Comune del Distretto socio – sanitario n. 23.

Il modello di istanza è disponibile, altresì, sul sito ufficiale del Comune di Nicosia (www.comune.nicosia.en.it), e sul sito di ogni comune del distretto socio sanitario D/23.

Nicosia li 17-01-2014

IL DIRIGENTE/COORDINATORE
Dott.ssa Patrizia MANCUSO

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI _____
(UFFICIO SERVIZI SOCIALI)

OGGETTO: Richiesta bonus socio-sanitario ai sensi dell'art. 10 della L.r. n. 10/03. DD.PP 07 luglio, 07 ottobre e 10 luglio 2008- Anno 2014.

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente in via/piazza _____ n. _____ comune di _____ c.a.p. _____ prov.
_____ telefono _____

DICHIARA

-CHE nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____ anziano /disabile grave in condizioni di totale 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 la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1, D.P.C.M. 4/4/01, n.242, 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.M., U.V.G., o U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. n. _____ del _____

CHIEDE

La concessione del buono socio-sanitario nella forma di :

Buono sociale: provvidenza economica a supporto del reddito familiare, finalizzata a sostenere la famiglia nel "prendersi cura" dei propri familiari con l' impegno del caregiver familiare e delle reti di solidarietà familiare o dei soggetti legati da rapporti consolidati con le famiglie e verificabili (art. 10- 1° comma);

Buono di servizio (voucher): titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da caregiver professionale presso organismi ed enti no profit riconosciuti ed accreditati e liberamente scelti dalle famiglie.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruitore /non usufruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n. 18/1980).

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 .

N.	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CONVIVENTE	
					SI	NO

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
 - Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del decreto legislativo n. 109/98 e s.m.e.i., rilasciato da organismo abilitato (CAF-INPS- etc...) .
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto richiedente.
- 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.

DATA _____

FIRMA _____