



Comune di Librizzi

Ufficio Servizi Sociali
DISTRETTO D 30 – PATTI
AVVISO PUBBLICO

Erogazione buono socio – sanitario (Voucher) ai nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi – Anno 2011.

Visti il D.P.R 7 ottobre 2005 e il D.P. 10 luglio 2008 con i quali sono stati impartiti i criteri di accesso al beneficio del buono socio sanitario;

Vista la Circolare dell'Assessorato Regionale alla Famiglia n. 1 del 9 marzo 2011 che prevede l'erogazione del buono socio – sanitario sotto forma di buono di servizio (**VOUCHER**).

SI RENDE NOTO

Che possono fare richiesta per ottenere il buono socio – sanitario (voucher) per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed enti no profit presenti nel relativo distretto socio sanitario, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, le famiglie residenti nel territorio regionale che mantengono o accolgono nel proprio contesto anziani (di età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata o disabili gravi (art. 3, 3° comma, L. n. 104/92).

I requisiti essenziali per l'accesso sono il vincolo familiare (parentela, filiazione, adozione, affinità) e la convivenza con il nucleo familiare di riferimento.

Il limite ISEE in relazione alla composizione del nucleo familiare non deve essere superiore a € 7.000,00

SI INVITANO

I cittadini interessati a presentare l'istanza entro e non oltre il termine del **30 Aprile 2011**.

Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti:

- Documentazione attestante la composizione del nucleo familiare;
- Certificazione I.S.E.E., rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità, debitamente sottoscritta;
- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o in alternativa certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92, anch'essa rilasciata dalla Commissione Invalidi Civili;

Per le situazioni 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 scheda multidimensionale di cui al decreto 7 Marzo 2005.

- **Per i disabili:**

Certificato del medico di medicina generale attestante le condizioni di disabilità grave, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92.

Il buono sarà concesso nei limiti del contributo assegnato al Distretto Socio Sanitario.

Per informazioni telefoniche chiamare l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Librizzi ai numeri 0941/367027/367028/32281.

Librizzi 02 aprile 2011

L'Assessore ai Servizi Sociali
(f.to Vincenzo Calabrese)



Il Sindaco
(f.to Renato Cilona)

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

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci:

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____, anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficiente 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 aprile 2001, 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 dal servizio sanitario (U.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. del 10 luglio 2008.

CHIEDE

- o la concessione del buono socio-sanitario nella forma di **Buono di servizio (Voucher)** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit accreditati presso il distretto socio-sanitario, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio assistenziali per le sezioni anziani e/o disabili. – Anno 2011
- o Fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n. 18/80).
- o 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

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					SI	NO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

Allega alla presente istanza:

1. Certificazione sanitaria sulla condizione del familiare assistito (Elencare)

2. Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E) ai sensi del decreto legislativo n.109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – comuni etc.) sottoscritto e in corso di validità.
3. Copia di valido documento di riconoscimento

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

Firma per conferma dell'assistito
