

# ***DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14 DI ACIREALE***



***COMUNI DI ACIREALE (CAPOFILA), ACIBONACCORSI, ACICASTELLO,  
ACICATENA, ACI SANT'ANTONIO, SANTA VENERINA, ZAFFERANA***



## ***BUONO SOCIO-SANITARIO***

***(L.R. 31.07.2003 N.10, ART.10)***

***ANNO 2014***

In applicazione dell'art.10 della Legge Regionale n.10 del 31 luglio 2003 ed in esecuzione del Decreto Presidenziale del 7 luglio e 7 ottobre 2005 e del 10 luglio 2008, possono presentare istanza di concessione del buono socio-sanitario le famiglie residenti nel territorio del Distretto che abbiano un indicatore I.S.E.E. riferito all'anno 2012 non superiore a € 7.000.00 e che mantengono o accolgono anziani (di età non inferiore a 69 anni e un giorno) in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata o disabili gravi (art.3. comma 3. L. 104/92).

I richiedenti dovranno essere conviventi e legati da vincoli di parentela con l'anziano/disabile beneficiario, al quale garantiscono direttamente o con l'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. di concerto con gli Uffici del Servizio Sociale appartenenti al Distretto Socio – Sanitario.

**Si può fare richiesta del bonus socio-sanitario nella forma di provvidenza economica o di buono di servizio (voucher), finalizzato all'acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie presso organismi ed enti no profit accreditati dal Distretto, liberamente scelti dalle famiglie -**

L'istanza, corredata da fotocopia del documento d'identità, redatta sull'apposito modello scaricabile dai siti istituzionali dei Comuni del Distretto o presso gli uffici dei Servizi Sociali, dovrà pervenire al Comune di residenza **entro il 28 febbraio 2014.**

**Il Presidente del Comitato dei Sindaci  
Nino Garozzo**

## ***DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14***

(COMUNI DI ACIREALE, ACIBONACCORSI, ACICASTELLO, ACICATENA, ACI SANT'ANTONIO, SANTA VENERINA, ZAFFERANA)

### **RICHIESTA BONUS SOCIO-SANITARIO ANNO 2014**

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

#### **DICHIARA**

- 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 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 D.L.vo 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. 4.4.2001, n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. anno 2012 ad € \_\_\_\_\_.

#### **CHIEDE**

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- Provvidenza economica**: a sostegno del reddito familiare con impiego 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**: per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta altresì che il suddetto familiare è in possesso di:

- verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'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

Si comunica che il Dott. \_\_\_\_\_ del Servizio di Medicina Generale dell'ASP n. \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

• **Composizione nucleo familiare**

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Nato		Conv.	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

**Allega alla presente istanza:**

- Documento di riconoscimento del sottoscrittore.

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

\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.