

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta Bonus Socio-Sanitario ai sensi dell'art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2005 – Anno 2015

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

Il sottoscritto _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ C.U. _____
e residente in via piazza _____ n. _____ Comune di _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Telefono _____
in qualità di _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è **presente e convivente per vincolo di parentela:**

anziano/a

nato a _____ il _____

disabile grave

nato a _____ il _____

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.Lgs. 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. n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.L. 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. n. 173/serv.4 S.G. del 7 luglio 2005 come successivamente integrato e modificato con D.P.R.S. del 7 ottobre 2005;

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 acquisto di prestazioni a supporto dell' impegno familiare da soggetti con rapporti consolidati di fiducia;

OVVERO

- Buono di servizio:** per l' acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no presenti nel Distretto socio-sanitario n. 27, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86 per le sezioni anziani e o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (Legge 18/80).

Si comunica che il Dott. _____ del servizio di medicina generale dell' Azienda Sanitaria Provinciale n. 5 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

