

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta Bonus Socio-Sanitario ai sensi dell'art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003 – Anno 2016.

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

Il sottoscritto _____, nato a _____
Prov. _____ il _____ C.F. _____
e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ 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 a _____ (_____) il _____

disabile grave _____
nato/a 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.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., 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. 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 profit 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.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

N.	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Convivente	
					SI	NO

Allega alla presente istanza:

1) Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito

(sbarrare la voce interessata):

- 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 104/92.
- Certificato medico, attestante la non autosufficienza corredato della scheda multidimensionale.
- Certificato medico, attestante la disabilità grave, corredato della copia dell' istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge 104/92.

3) Attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità.

4) Copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità.

Il sottoscritto/a **dichiara** di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Luogo e data _____

Firma

Il sottoscritto esprime inoltre il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.Lgs.196/2003.

Luogo e data _____

Firma
