

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
