

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 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.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 non 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:**

- 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

\_\_\_\_\_