

Schema di domanda

Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

Al Comune di San Cipirello

Ufficio dei Servizi Sociali

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

Dichiaro

■ 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 autosufficiente 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. 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. _____ del 4 novembre 2002.

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 professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980).

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

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		convivente	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) rilasciato dagli Uffici abilitati con i nuovi criteri vigenti dall'01/01/2015
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente e dell'assistito in corso di validità
- Fotocopia coordinate IBAN (Carte prepagate con Iban e/o conto corrente bancario o postale) dove saranno accreditate le somme relative al Buono Socio Sanitario. Si precisa che gli estremi comunicati devono essere intestati al richiedente il beneficio.

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.

Vista l'Informativa di cui ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 dà il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili di cui alla predetta legge.

Data _____

FIRMA
