

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 31

S. AGATA MILITELLO

Allegato al D. P.le del 07/07/2005

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 D.P.R. 28/12/2000, n. 445

Al Comune di Acquedolci

Ufficio di Servizio Sociale

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

Dichiara

- 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 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. 4/4/2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € _____, riferita ai redditi anno 2008; 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 del Servizio Sanitario (U.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. n. _____ del _____.

C H I E D E

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 no 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'A.U.S.L. n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza

Composizione nucleo familiare

N.	Cognome e Nome	Rapporto familiare	nato		Convivente	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Allega alla presente istanza:

- **Dichiarazione sostitutiva unica, corredata da attestazione ISEE ed in possesso di un reddito (anno 2008)** complessivo del nucleo familiare, compreso il soggetto assistito (**reddito annuo 2008**), non superiore a € **7.000,00** ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – Comuni- etc.)
- Stato di famiglia o autocertificazione;
- Valido documento di riconoscimento;
- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito di cui ai punti contrassegnati:
 - Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;**
 - Certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n.104/92;**
 - Autocertificazione in merito all'invalidità o disabilità;**

Per le situazioni di gravità recente, in sostituzione delle superiori certificazioni, allega quanto ai punti contrassegnati:

Per gli anziani

- Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, di cui al decreto sanità 23 febbraio 2005, pubblicato nella G.U.R.S. del 25/03/2005;**

Per i disabili

- certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge n.104/92;**

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.

- 1 sottoscritt__ dichiara, altresì, di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti, ai sensi della Legge n.675 del 31/12/1996 e sue successive modifiche ed integrazioni, sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica oggetto della presente.

Data _____

FIRMA
