

BUONO SOCIO-SANITARIO ANNO 2016

Oggetto: Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi dell'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 _____
Ufficio di Servizio Sociale**

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

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente per vincolo di parentela l sig. _____, 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. redditi anno 2014 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 dai decreti presidenziali della Regione Sicilia del 7 luglio 2005 e del 7 ottobre 2005.
- Di essere a conoscenza che l'assistenza sotto forma di bonus o voucher verrà corrisposta al momento in cui inizia il programma assistenziale e pertanto dopo l'assegnazione delle somme da parte della Regione Siciliana e dopo che il Comune avrà accertato l'esistenza in vita del soggetto beneficiario.

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 no profit accreditati presso il Distretto Socio-Sanitario n. 55.

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'ASP n. 9 (medico di famiglia) è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito (verbale della Commissione invalidi Civili, attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento **per gli anziani con età non inferiore a 69 anni e un giorno**; certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92, **per i disabili**);
Per le situazioni di gravità recente, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:
 - per gli anziani: certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale, di cui al decreto sanità 7 marzo 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;
- Certificazione I.S.E.E. riferito al periodo d'imposta 2015 (Indicatore situazione economica equivalente) dell'intero nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità.

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.**

Altresì, ai sensi della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data _____

Firma _____