

# Domanda concessione Buono Socio Sanitario

ANNO 2011

(Dec.Pres. 07/07/2005-07/10/2005)

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

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

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.Lgs. 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 del D.P.C.M. 04/04/2001, n.242, ha una condizione economica valutata con ISEE 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 dalla A.C. e dal Servizio Sanitario (U.V.G./U.V.D) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. del 7 luglio 2005 e 7 Ottobre 2005

## CHIEDE

La concessione del buono socio-sanitario nelle forma di:

**Buono di servizio** per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi no profit presenti nel distretto socio sanitario 39, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio assistenziali di cui all'art 26 della L.R. 22/86 per la sezione anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n.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 del nucleo familiare:**

Cognome e nome	Rapporto Familiare	Luogo di nascita	Data di nascita	Convivente	
				SI	NO

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E) ai sensi del D. Lgs. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS - Comuni etc.)
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e fermo restando. nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, a norma dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n.445/2000, dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus per lo stesso soggetto.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata resa.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato che l'erogazione del buono socio sanitario è subordinata all'accreditamento dei fondi da parte della Regione Siciliana

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_