

AL COMUNE DI _____

Ufficio di Servizio Sociale

OGGETTO: Richiesta bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003.

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il sottoscritto , nato a il e residente in via/piazza n., comune di c.a.p., 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 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 decreto legislativo 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 aprile 2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad E

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

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 il distretto socio-sanitario e/o presso strutture dell'azienda unità sanitaria locale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n. 18/80).

Si comunica che il dott. del servizio di medicina generale dell'Azienda unità sanitaria locale n. 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						
9						

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 decreto legislativo n. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - comuni etc.).

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.

Data Firma.....