

Oggetto: Richiesta buono socio-sanitario ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 10/2003.

Il sottoscritto _____, nato a _____
Il _____, residente in via _____ n. civ. _____
Tel. _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare 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 anche di rilievo sanitario, con impegno ed oneri a totale carico del nucleo familiare di appartenenza;

- Che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni vigenti, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. n. 242/2001, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. pari ad euro _____
- Che si impegna 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'Amministrazione Comunale e dal Servizio Sanitario (U.V.G. / U.V.D.), nel rispetto delle direttive di cui al D.P.R.S. 7 luglio 2005
- Che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento
- Che il medico del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL n. 5 incaricato delle prestazioni di cura ed assistenza è il dott. _____
- Che il proprio nucleo familiare è così composto :

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RAPP. PARENTELA	CONVIVENTE

CHIEDE

La concessione del buono socio-sanitario nella forma di

- *Buono sociale, consistente in una provvidenza economica a supporto del reddito familiare;*
- *Buono di servizio, consistente in un titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da enti ed organismi no profit accreditati.*

Allega alla presente :

1. Certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza del familiare assistito
2. Attestazione I.S.E.E. rilasciata da organismo abilitato ai sensi della vigente normativa.

Il sottoscritto dichiara, altresì, che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del buono socio-sanitario e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni non veritiere, punibili ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____