

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.

Il sottoscritto
nato a il
e residente in via/piazza..... n.....
Comune di VITA Cap. 91010 Prov. TP 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 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 €.
- 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. 7 Luglio 2005 e successive modifiche e integrazioni.

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;

O V V E R O

- 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 sanità 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'A.U.S.L. n.... è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

n.	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		Conviv.	
			a	il	sì	no
1						
2						
3						
4						
5						
6						

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. L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismi abilitati (CAF-INPS-Comuni etc.).
- Fotocopia documento di riconoscimento.

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.

Con la firma apposta in calce alla presente, il sottoscritto, inoltre, fornisce espresso consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse con la richiesta (legge n. 675/96).

FIRMA

.....