

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

**OGGETTO:** Richiesta Buono Socio Sanitario ai sensi dell'art.10 della Legge Regionale n°10 del 31/07/2003 ANNO \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Al fine di assicurare al proprio congiunto anziano/disabile prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in seno alla famiglia, in alternativa alle prestazioni di natura residenziale, di potere usufruire del Buono socio-sanitario nella forma di:

**Buono di servizio (voucher)** finalizzato all'acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie da soggetti accreditati presso il Distretto socio sanitario 42

A tal fine, avvalendosi della disposizione di cui al **D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite dal Codice Penale in caso di false attestazioni e/o mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità**

### DICHIARA

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Di essere residente in \_\_\_\_\_
- Che il proprio Codice Fiscale è \_\_\_\_\_
- Che nel proprio nucleo familiare è presente anagraficamente per **vincolo familiare di parentela, filiazione, adozione e affinità (specificare)** \_\_\_\_\_,  
il/laSig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficienza;
- Che il familiare anziano/disabile in atto fruisce di:
  - indennità di accompagnamento o indennità equivalente ai sensi della L.18/80 e L.508/88;
  - riconoscimento portatore di handicap grave ( ex art. 3, comma 3 Legge 104/92);
- Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Buono Socio Sanitario
- Di impegnarsi a utilizzare il buono socio sanitario per sostenere le cure necessarie ad assicurare la permanenza a domicilio del congiunto, in attuazione del programma personalizzato definito dai servizi socio-sanitari, nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. 7 luglio 2005, mediante prestazioni rese da enti pubblici o privati accreditati per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie domiciliari

che la **composizione del proprio nucleo familiare** è la seguente:

|   | <b>Cognome e Nome</b> | <b>Rapp. Familiare</b> | <b>Luogo e data di nascita</b> |
|---|-----------------------|------------------------|--------------------------------|
| 1 |                       |                        |                                |
| 2 |                       |                        |                                |
| 3 |                       |                        |                                |
| 4 |                       |                        |                                |
| 5 |                       |                        |                                |
| 6 |                       |                        |                                |
| 7 |                       |                        |                                |
| 8 |                       |                        |                                |
| 9 |                       |                        |                                |

Di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione su quanto dichiarato e documentato.

**Allega alla presente istanza:**

▶ Certificazione I.S.E.E (Indicatore Situazione Economica Equivalente)2011 relativo ai redditi 2010 rilasciata dagli Uffici ed organismi abilitati attestante il limite di reddito non superiore ad € 7.000,00;

▶ Verbale della commissione invalidi civili, attestante **l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;**

O in alternativa

▶ Certificazione attestante la **disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma terzo, della legge 104/92.**

Per le situazioni di **gravità recente**, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:

**Per i soggetti anziani** (età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) **che fruiscono dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

▶ Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, rilasciata dalle Unità Valutative Multidimensionali (U.V.G./U.V.M) ai sensi del Decreto del Presidente della Regione del 10/07/2008, presenti in ogni Presidio Territoriale di Assistenza (PTA);

**Per le persone con disabilità**

▶ Certificato del medico di medicina generale attestante le condizioni di disabilità grave e non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza, debitamente registrata, per il riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3 comma terzo della 104/92;

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_