

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 31  
S.AGATA MILITELLO

Allegato al D.P.le n. \_\_\_\_ del 07/07/2005

**Schema di domanda anno 2011**

Richiesta Bonus Socio-Sanitario ai sensi dell' art. 10 della Legge Regionale n. 10 del 31.07.2003 – Circolare n.1 prot. n.8911 del 09/03/2011 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro –Dipartimento REGIONALE DELLA Famiglia e delle Politiche Sociali;

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

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

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_

**D i c h i a r a**

- 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. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**C H I E D E**

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- 1) **Buono di Servizio: (voucher):** Titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no-profit presenti nel relativo distretto socio-sanitario, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della legge regionale 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie. ( Circolare n.1 del 09/03/2011)

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 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 nucleo familiare

	Cognome e Nome	Rapporto	nato		conviv	
		Familiare	a		SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

### Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E. anno 2010) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. 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

Firma per conferma dell'assistito

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_