

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.17 ó L.328/00

**COMUNI DI: GIARRE-CALATABIANO-CASTIGLIONE DI SICILIA-FIUMEFREDDO-LINGUAGLOSSA
MASCALI-MILO-PIEDIMONTE ETNEO-RIPOSTO-SANT'ALFIO.**

Richiesta Bonus socio-sanitario anno 2016

art. 10 Legge regionale n. 10 del 31.07.2003.

Al Comune di

G I A R R E

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____

CAP _____ telefono _____

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 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. 4.4.2001, n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad p _____
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:

- **Buono sociale:** a sostegno del reddito familiare con impegno 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 l'Amministrazione comunale.

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 familiare	nato		convivente	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- stato di famiglia;
- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
- dichiarazione sostitutiva unica ai sensi del Decreto Legislativo n.109/98 e successive modifiche, corredato dall'indicatore situazione economica equivalente (ISEE) rilasciato da organismo abilitato (CAF ó INPS ó 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.

Data _____

FIRMA