

Allegato al D.P.le n. ____ del 07/07/2005

Schema di domanda

Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi 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

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in via/ piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ 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. n° _____ del _____.

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;

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 fruiscé/ 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		Conviv.	
			a	il	Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza :

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito .
- I indicatori situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF- 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
