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 D.P.R. 28.12.2000, n.445

Al Sindaco del Comune di _____

Il /la sottoscritt _____, nato a _____
Prov. _____ 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 autosufficienza, 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., 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. 173/serv.4/S.G. del 7 luglio 2005 come successivamente integrato e modificato con D.P.R.S. del 5.10.2005;

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: (voucher)** per l' acquisto di prestazioni professionali presso organismi ed Enti no profit accreditati presso il Distretto socio-sanitario e/o presso strutture dell' Azienda Unità Sanitaria Locale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (Legge 18/80).

Si comunica che il Dott. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

	Cognome e Nome	Rapporto Familiare	Data di Nascita
1			
2			
3			
4			
5			

Allega alla presente istanza:

- Certificazione ISEE(indicatore della situazione economica equivalente ai sensi del Decreto legislativo);
- Verbale della Commissione invalidi civili attestante l'invalidità al 100%; ovvero
- Certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.n. 104/92;
- Piano personalizzato proposto dal medico di base;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;

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

- **per gli anziani**, certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale prevista dall'Assessorato Sanità;
- **per i disabili,** certificato del medico di medicina generale attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3, 3° comma L. 104/92; in tal caso, ove nell'anno successivo venga prodotta nuovamente copia dell'istanza di riconoscimento, l'ufficio comunale che segue l'istruttoria ha l'onere di verificare lo stato del procedimento ed in particolare se nel frattempo lo stesso si sia concluso con esito negativo.

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

_____