

Richiesta Bonus socio-sanitario

Al sensi dell'ex art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003

Al Comune di Militello V.C.

Ufficio Servizi Sociali

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ telefono _____

Dichiara

Al sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____, anziani/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. 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;
- **Buoni 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'ASP 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							

Allega alla presente istanza:

- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni, riferito all'anno _____, rilasciato da un organismo abilitato (Caf-INPS-Comuni etc.);
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente;
- Fotocopia del codice fiscale del richiedente;
- Codice Iban del richiedente.
- Fotocopia del documento d'identità dell'assistito;
- Copia del verbale della commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- Copia del verbale della Commissione invalidi civili attestante la situazione di handicap grave, art.3, comma 3, Legge 104/92;

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 dichiarazione rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
