

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

Ufficio di Servizio Sociale

**OGGETTO:** Richiesta Bonus Socio-Sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003 -

**Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, 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/a** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

**disabile grave** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

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 7 ottobre 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:** per l' acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed Enti no presenti nel Distretto socio-sanitario n. 27, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

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. 5 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

## COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

N.	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Convivente	
					SI	NO

**Allega alla presente istanza:**

**1) Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito:**

- Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento.
- Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell' art. 3 comma 3, della legge 104/92.
- Certificato medico, attestante la non autosufficienza corredato della scheda multidimensionale.
- Certificato medico, attestante la disabilità grave, corredato della copia dell' istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge 104/92.

**3) Attestazione I.S.E.E., completo di Dichiarazione Sostitutiva Unica relativa ai redditi anno 2013, (per coloro non ancora in possesso dei redditi relativi all'anno d'imposta 2013, si accettano con riserva i redditi relativi all'anno 2012 nelle more che gli interessati producano entro aprile 2014 i nuovi redditi);**

**4) Copia documento di riconoscimento in corso di validità.**

Il sottoscritto consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

### DICHIARA

- che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus Socio-Sanitario;
- di avere preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute;
- di essere a conoscenza che l'istanza, potrà essere sottoposta ad accertamenti fiscali anche tramite l'ausilio della Guardia di Finanza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione concernente la presente dichiarazione che dovesse verificarsi.

Il sottoscritto esprime inoltre il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.Lgs.196/2003.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_