



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
CASTELTERMINI (AG)**

Ambito territoriale Cammarata - Casteltermini - San Giovanni Gemini

SCHEMA DI DOMANDA **anno 2016**

**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.**

Al comune di

Ufficio di servizio sociale

Il sottoscritto, nato a il
..... e residente in via/piazza n.,
comune di c.a.p., prov., telefono
..... (*campo obbligatorio*)

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
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 aprile 2001, n. 242, ha una
condizione economica valutata con I.S.E.E. redatto ai sensi delle nuove direttive, 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. del 06.03.2008 .

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 non 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 n. 18/80).

Si comunica che il dott. del servizio di medicina generale dell'Azienda unità sanitaria locale n. è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.), ai sensi del decreto legislativo n. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - comuni etc.) redatto ai sensi delle nuove direttive vigenti in materia.
- copia documento di riconoscimento e codice fiscale del richiedente e del destinatario.

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

.....