

Al Comune di Campofelice di Roccella
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta Bonus Socio-Sanitario ai sensi dell'art. 10 della L.R. 10 del 10 luglio 2003- Anno 2016

**Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi
dell'art. 47 del DPR 28/10/00 n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ C.F. _____ e residente a
_____ in via/piazza _____ n. _____ CAP
_____ Prov _____ telefono _____ in qualità di

Dichiara

- che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela il/la sig./ra _____ nato a _____ il _____

anziano non autosufficiente,

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 DPCM 4.4.2001 n. 242, ha una condizione economica valutata con ISEE ad € _____

Con impegno a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dall'Amministrazione Comunale e dal Servizio Sanitario (UVG / UVD) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S del 07/10/2005.

C H I E D E

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;

O V V E R O

Buono di servizio, per l'acquisto di prestazioni professionali presso le strutture presenti nel distretto socio-sanitario iscritte all'albo regionale delle istituzioni assistenziali (art. 26, L.R. n. 22/86) per le sezioni anziani e/o inabili 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'ASP _____ è incaricato delle prestazioni di cura ed assistenza.

Composizione del nucleo familiare:

	Nominativo	Rappo rto familia re	Luogo di nascita	Data di nascita	Convive nte	
					Si	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

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

Per l'anziano (di età superiore a 69 anni ed 1 giorno): Verbale della Commissione medica dell'ASP attestante la non autosufficienza e l'indennità di accompagnamento o in alternativa, per le situazioni di gravità recente per le quali non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotta la scheda multidimensionale a cura del Medico di Medicina Generale, attestante la non autosufficienza, di cui al Decreto sanità 7 marzo 2005.

Per il disabile grave: Certificazione attestante lo stato di portatore di grave handicap rilasciata, ai sensi della legge n.104/92, dalla Commissione invalidi civili dell'ASP o in alternativa, per le situazioni di gravità recente per le quali non si è ancora in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto il Certificato del Medico di Medicina Generale, attestante la disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92.

2. Attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare rilasciato nell'anno 2016 e relativo ai redditi anno 2014, in conformità a quanto previsto dal D.P.C.M n. 159/2013

3. Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente e del beneficiario, in corso di validità

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì che qualora si accerti la non validità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Data _____

Firma _____

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

data _____

Firma _____

