

SCHEMA DI DOMANDA

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 Comune Di Augusta
Ufficio di Servizio Sociale**

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in Via _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ PROV. _____ Tel. _____

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. 4.4.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € _____ per l'anno 2014.

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 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 professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione Comunale.

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'ASP n. 8 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione del nucleo familiare

	Cognome e nome	rapporto familiare	nato		conv.	
			a	il	si	no
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Allega alla presente istanza:

Verbale della commissione invalidi civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
- Indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.P.C.M. 159/13 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – Comuni etc.);
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e tessera sanitaria.

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
