

BUONO SOCIO SANITARIO ANNO 2011

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 DPR 28.12.2000, n. 445.

Al Comune di S.M. di Licodia

Ufficio di Servizio Sociale

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

D i c h i a r a

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____, anziano/disabile grave in condizioni di totale 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. inferiore a **€ 7.000,00 (anno 2010)**;

con l'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 Decreto Presidenziale del 7 luglio 2005;

C H I E D E

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

Buono servizio : per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi non profit presenti nel distretto socio-sanitario, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della legge regionale n. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'ASP n. 3 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	NATO IL	A	CONVIVENTE
1					
2					
3					
4					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Allega alla presente istanza:

- Documento di riconoscimento sia del richiedente che dell'invalido.
- Verbale di invalidità (100%) più accompagnatore o in alternativa certificazione rilasciata ai sensi della legge 104/92 comma 3° ;
- I.S.E.E. ai sensi del D.L.vo 109/98 relativa ai redditi 2010 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF INPS - Comuni etc.) non superiore a **€ 7.000,00;**

per le situazioni di gravità recenti per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:

per gli anziani

certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla scheda multidimensionale, di cui al decreto Sanità 7 marzo 2005, corredata dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa;

per i disabili

certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 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 dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
