

Allegato al D.P.le n. \_\_\_\_ del 07/07/2005

### 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 DPR 28.12.2000, n. 445.

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

**Ufficio di Servizio Sociale**

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

### Dichiaro

- 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 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 € \_\_\_\_\_ .  
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 4 novembre 2002.

### 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 professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980).

Si comunica che il Dott. \_\_\_\_\_ del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL n. \_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

**Composizione nucleo familiare**

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		convivente	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

**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 D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - Comuni etc.)
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente e dell'assistito in corso di validità
- IBAN

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

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”**

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattenimento, la informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono socio-sanitario ai sensi del DPRS del 07/07/2005;
- è realizzato da personale della AUSL e dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Partinico, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Riservato al Comune**

Data di presentazione \_\_\_\_\_ Protocollo n° \_\_\_\_\_

**Nota Bene**

**Le domande presentate oltre il 30 Aprile 2016  
o incomplete della documentazione richiesta non possono essere valutate.**