

Oggetto: 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.

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

### 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 nel 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 \_\_\_\_\_.

### 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'impiego 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'ASP n. \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza

### Composizione del nucleo familiare

	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto familiare
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

**Allega alla presente istanza:**

- **Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.**
- **Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.)** calcolato con le regole del nuovo DPCM n.159/2013 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF-INPS- Comuni etc.).
- **Fotocopia del Codice Fiscale e del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario.**
- **Allegare Copia delle coordinate bancarie** (Postepay, Coordinate di Conto Corrente, ecc), dove poter accreditare la somma inerente il **BONUS SOCIO SANITARIO**. (Si rappresenta che gli estremi del conto corrente devono essere intestati al richiedente il beneficio).

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

**Vista l'informativa di cui all'ex art.13 D.L.vo 196/2003 dà il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e/ o sensibili di cui alla predetta legge.**

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_