

Oggetto: Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della L. R. n. 10/03
Scadenza 30 aprile 2007

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ e residente a
Ragusa in via _____ n. _____
Tel. _____, Cell. _____.

D I C H I A R A

◇ Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela (es.: coniuge, padre, figlio, ecc.) _____:

l'anziano _____

il disabile grave _____

nato a _____ il ____/____/_____, e
residente a Ragusa in Via _____ n. _____,
Tel. _____ Cell. _____

in condizione 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 e oneri a totale carico della famiglia.

◇ Che il proprio nucleo familiare, ivi compreso quello dell'anziano/disabile, 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. 242/01, ha una **condizione economica, valutata con I.S.E.E., pari 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. 07.07.05

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** di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L.18/1980)
- Non fruisce** di indennità di accompagnamento od assegno equivalente

Si comunica che il medico di famiglia, Dott. _____

Tel. n. _____, del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL 7 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza del proprio congiunto.

**Composizione nucleo familiare del richiedente
ivi compreso il familiare da assistere**

	Cognome e Nome	Rapporto Familiare	Nato		conviv	
			A	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- ◇ **Certificazione sanitaria per gli anziani:** (di età superiore a 69 anni)
 - ✓ Certificato del medico di famiglia attestante la non autosufficienza (per patologie cronic-degenerative, per decadimento psico-fisico e/o disabilità, demenza o avanzata senilità), corredato della copia della scheda multidimensionale, di cui al decreto sanità 07.03.2005 – ovvero -

- ✓ Verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento
- ◇ **Certificazione sanitaria per i disabili gravi:**
 - ✓ Certificato del medico di famiglia attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato della copia della domanda diretta all'AUSL - Commissione invalidi civili - per avere riconosciuto lo stato di portatore di grave handicap (art. 3, comma 3, della legge n.104/92) – ovvero -
 - ✓ Certificazione attestante lo stato di portatore di grave handicap rilasciata, ai sensi della legge n.104/92 (art. 3, comma 3), dalla Commissione invalidi civili dell'AUSL
- ◇ **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) di tutti i soggetti indicati nel superiore prospetto.

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

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.

Ragusa, _____

FIRMA

Alla domanda deve essere allegato copia del documento di riconoscimento valido

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 11 e 13 del d.lgs. 196/2003, e dell'art.7 del medesimo provvedimento legislativo, ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Ragusa, _____

FIRMA

Informativa:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- raccolta di informazioni utili allo svolgimento del servizio;
- assegnazione all'utente di un assistente sociale comunale e dell'Unità valutativa distrettuale ai fini dell'accertamento propedeutico all'ammissione al beneficio del Bonus socio-sanitario e della presa in carico;
- monitoraggio e verifica dell'andamento del servizio con la famiglia.

2. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e/o informatizzate.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per la gestione dei servizi e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non consentirà al Comune di adempiere alle finalità sopra elencate.

4. I dati potranno essere comunicati o diffusi presso:

- Enti pubblici: Uffici contabili del Comune - Ausl n.7- Azienda Ospedaliera di Ragusa - Regione Siciliana "Assessorato alla famiglia - Guardia di Finanza (per accertamento reddituale);
- Enti privati o convenzionati di sostegno alla famiglia (Cooperative Sociali, Centri di riabilitazione, Case di riposo, Centri diurni, ecc.);
- Istituti scolastici del territorio, per i minori.

5. Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare:

- l'origine razziale ed etnica;
- lo stato di salute.

Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili ha le seguenti finalità:

- svolgimento di attività finalizzate al mantenimento o al recupero di abilità psico fisiche e relazionali;
 - svolgimento di attività finalizzate alla socializzazione e/o integrazione dell'utente;
 - accompagnamento presso luoghi sanitari o di riabilitazione;
- e sarà effettuato con modalità cartacee e/o informatizzate.

6. Tutti i dati predetti verranno conservati anche dopo la cessazione dei servizi erogati dal Comune, per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dalla conclusione dei servizi stessi.

7. Il titolare del trattamento dei Suoi dati personali è il Comune di Ragusa – Settore XII "Servizi Sociali ed Assistenza) con sede in Piazza S. Giovanni Pal. INA.

8. Per conoscere i responsabili del trattamento si può contattare il suddetto settore – Ufficio Segretariato Sociale tel. 0932 676595 – 676585 - fax 0932 220287.

9. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento.