

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIO-SANITARIO (art. 10 della L. R. n. 10/03)

E

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

Scadenza 30 aprile 2008

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a

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, convive legato da vincolo familiare (parentela, filiazione, adozione, affinità) (*specificare*) _____

l'anziano _____

il disabile grave _____

nato a _____ il ____/____/_____, e residente a Ragusa in Via

_____ n. _____, Tel. _____ Cell.

in condizione di 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 e oneri a totale carico della famiglia.

◇ Di impegnarsi a garantire la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dall'Unità Valutativa Multidimensionale (U.V.M);

CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- Buono Sociale** : (erogabile per un massimo di mesi tre) 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 a livello distrettuale

Si attesta che il familiare non autosufficiente o disabile grave:

- 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 familiare.

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:

- ◇ **Per gli anziani:** (di età superiore a 65 anni)
 - ✓ Verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100%;
- ◇ **Per i disabili gravi:**
 - ✓ 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 in corso di validità

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
