

**Al Distretto socio sanitario D16
per il tramite del Comune di Catania
Direzione Politiche e per la Famiglia**

RICHIESTA BONUS SOCIO –SANITARIO ANNO 2016

ai sensi dell'ex art. 10 della L.R. 10 del 31.07.2003 e del D.P.R.S. del 07 luglio 2005.

RIAPERTURA TERMINI

IL/lasottoscritt... _____
_____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____,
telefono _____ cell.....

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente per vincolo di parentela _____, anziano/disabile grave in condizione di totale/parziale 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.P.C.M n°159/2013, e successive modifiche ai sensi del D.M. n. 146 /2016 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.).

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.

CHIEDE

La concessione del buono socio-sanitario nella forma di buono di servizio 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;

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n. 18/80).

Si comunica che il dott. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda unità sanitaria locale n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

