

RICHIESTA BONUS SOCIO –SANITARIO ANNO _____

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

Il/sottoscritt... _____ n
ato a _____ il _____
residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____,
telefono _____ cell. _____

D I C H I A R A

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 DPCM del 07.11.2014, 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.

C H I E D E

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.

N.	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	LUOGO E DATA DI NASCITA

Allega alla presente istanza:

Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del DPCM del 07.11.2014 riferito all'anno _____ rilasciato da un organismo abilitato (CAF – INPS - Comuni etc.) con allegata dichiarazione sostitutiva unica, firmata dal dichiarante indicato nel terzo foglio del D.S.U. con la lettera D;

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente;

Fotocopia del C.F.del richiedente e del disabile;

Copia del verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento, per gli anziani ultra sessantanovenni ;

Copia del verbale della Commissione invalidi civili attestante la situazione di handicap grave, art. 3, comma 3, L.n. 104/92, per i disabili;

Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:

Per gli anziani – certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale, SVAMA, di cui al decreto sanità 7 marzo 2005.

Per i disabili – certificato del medico di medicina generale, attestante la situazione di handicap grave, non autosufficienza, corredato della copia SVAMAD.

Altro

Catania _____

FIRMA
