

Al Comune di Castelbuono
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: RICHIESTA BONUS SOCIO-SANITARIO

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/10/00 n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente a _____ in via/piazza _____
n. ____ 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 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.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 DPCM 4.4.2001 n. 242, ha una condizione economica valutata con ISEE ad € _____

Con impegno a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dall'A.C. e dal Servizio Sanitario (UVG / UVD).

C H I E D E

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

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 _____ è incaricato delle prestazioni di cura ed assistenza.

Composizione del nucleo familiare:

	Nominativo	Rapporto familiare	Nato a	II
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Allega alla presente istanza:

-- Certificazione sanitaria:

- 1) Per l'anziano (di età superiore a 69 anni ed 1 giorno): certificato del medico di famiglia con il quale si attesta la non autosufficienza (del familiare assistito) per patologie cronico - degenerative, per decadimento psico-fisico e/o disabilità, demenza o avanzata senilità - oppure – Verbale della Commissione medica dell'ASP attestante la non autosufficienza;
- 2) Per il disabile grave: Certificazione attestante lo stato di portatore di grave handicap rilasciata, ai sensi della legge n.104/92, dalla Commissione invalidi civili dell'ASP.
- 3) 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.

Data _____

Firma _____