

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 il/la sig./ra

☐ anziano non autosufficiente,
☐ 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
particolar 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:

☐ 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;

O V V E R O

☐ Buono di servizio, per l'acquisto di prestazioni professionali presso le
strutture presenti nel distretto socio-sanitario iscritte all'albo regionale delle
istituzioni assistenziali (art. 26, L.R. n. 22/86) per le sezioni anziani e/o inabili
per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

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	Il
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): Verbale della Commissione medica dell'ASP attestante la non autosufficienza e l'indennità di accompagnamento o in alternativa, per le situazioni di gravità recente per le quali non si è in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotta la scheda multidimensionale a cura del Medico di Medicina Generale, attestante la non autosufficienza, di cui al Decreto sanità 7 marzo 2005.

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 o in alternativa, per le situazioni di gravità recente per le quali non si è ancora in possesso della superiore certificazione, dovrà essere prodotto il Certificato del Medico di Medicina Generale, attestante la disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92.

- I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO anno 2015

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 _____