

## SCHEMA DI DOMANDA

Richiesta Bonus Socio Sanitario ai sensi art. 10 della L. R. n° 10 del 31/07/2003

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n° 445.

**Al Comune di** \_\_\_\_\_

**Ufficio di Servizio Sociale - Circoscrizione**

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato è presente e convivente:

(Cognome e nome) \_\_\_\_\_ ; (vincolo di parentela) \_\_\_\_\_, anziano/a-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 D.P.C.M. 4.4.2001,n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. pari ad €\_\_\_\_\_.

### CHIEDE

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;

ovvero

- Buono di servizio : per l' acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l' Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente:

- fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l.18/1980).  
 non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l.18/1980).

Si comunica che il Dott. \_\_\_\_\_ del servizio di Medicina Generale dell' ASP

n. \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

## Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Nato a	Il	Conviv. Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

### Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ.
- Certificato di disabilità ai sensi dell' art.3, comma 3, della legge n.104/92.
- Piano Personalizzato proposto dal medico di base.

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

\_\_\_\_\_