



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4  
CASTELTERMINI**

Provincia di Agrigento

**Ambito territoriale: Casteltermini, San Giovanni Gemini, Cammarata**

**SCHEMA DI DOMANDA anno 2015**

Richiesta bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003  
Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Al comune di .....  
*Ufficio di servizio sociale*

Il sottoscritto ....., nato a .....  
il ..... e residente in via/piazza .....  
n. ...., comune di ..... c.a.p. ....,  
prov. ...., telefono ..... (*campo obbligatorio*)

**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 autosufficiente 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 decreto legislativo 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 aprile 2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. redatto ai sensi delle nuove direttive, 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.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. del 06.03.2008 .

**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(voucher): per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il distretto socio-sanitario e/o presso strutture dell'azienda unità sanitaria locale.

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.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					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 decreto legislativo n. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - comuni etc.) redatto ai sensi delle nuove direttive vigenti in materia.
- copia documento di riconoscimento e codice fiscale del richiedente e del destinatario.

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

.....