Al Signor Sindaco del
Comune di _____

Oggetto: **Richiesta Bonus socio – sanitario – Anno 2016 (L. R. n. 10 del 31 luglio 2003)**

Il sottoscritto _____ nato a _____

il_____ C.F. _____ _____e residente a _____

in Via / Piazza _____N. ____,

Tel _____ Cell._____,

D I C H I A R A

Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del D.P.R. 445/2000 per falsità e dichiarazioni mendaci

- che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____

☐ anziano / ☐disabile grave in condizioni di totale 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.

- Di impegnarsi 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 7 luglio 2005 e 7 ottobre 2005, dei principi sanciti dalla Legge 104/92, art. 3.

C H I E D E

La concessione della seguente prestazione :

Buono socio-sanitario nella forma di

[_] Buono sociale

[_] Buono di servizio

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 Dr. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale . N.1 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						

Allega alla presente istanza:

- Attestazione I.S.E.E., in corso di validità, relativo al reddito posseduto dal nucleo familiare,
- Certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 L n. 104/92

oppure

- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento,
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente

N.B. Per le situazioni di gravità recenti, per cui non si è in possesso delle certificazioni sanitarie sopra descritte, dovrà essere prodotto**:**

Per gli anziani

Certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato della scheda multi dimensionale prevista dall'Assessorato della Sanità .

Per i disabili

Certificato del medico di medicina generale attestante la disabilità grave, corredato di copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92.

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. Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, che verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Sciacca _____

_____

Firma del richiedente