

Distretto Socio Sanitario D1

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

Per il tramite del servizio protocollo generale

Oggetto: Richiesta Bonus Socio Sanitario 2015 ai sensi art. 10 della legge regionale n° 10 del 31 luglio 2003.

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente
_____ in via/piazza _____
n° _____ telefono _____ cellulare _____ codice fiscale

DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n°445 per falsità e dichiarazioni mendaci

1. Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato è presente e convivente, per vincolo di parentela il/la sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____ codice fiscale _____
 - Anziano/a (69 anni ed 1 giorno alla data di presentazione della domanda)
 - Disabile grave in condizione di totale/parziale non autosufficienza che necessita di prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia, anche di natura sanitaria.
2. 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 della famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. 04/04/2001, n° 242, ha una condizione economica valutata con ISEE di €. _____

3. 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 (U.V.G./ U.V.D.), nel rispetto delle direttive fissate dal Presidente della Regione Siciliana del 07 luglio e del 07 ottobre 2005.

CHIEDE

La concessione del **Bonus Socio Sanitario** sotto forma di:

☐ Bonus sociale ☒

o in alternativa

☐ Bonus servizio (voucher) ☒

Si attesta che il familiare non autosufficiente usufruisce ☐ non usufruisce ☒ 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 e di assistenza.

Composizione nucleo familiare:

	Cognome e Nome	Rapporto Familiare	Nato	Data di nascita	Convivente	
					Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Allega alla presente istanza:

- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E in corso di validità) ai sensi del D.Lgs 109/98 e successive modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – Comuni etc).
- Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile del 100% con accompagnamento o in alternativa certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, 3° comma della legge 104/92.
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido del **Familiare** che rende la presente autocertificazione
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido, **dell'Anziano e/o Disabile** assistito.

Per la situazione di gravità recente, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, deve essere prodotto:

- **Per gli anziani** certificato medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale prevista dell'Assessorato Sanità;
- **Per i disabili** certificato medico di medicina generale attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, 3° comma legge 104/92.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus Socio Sanitario, ed inoltre:

- ✓ Di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia
- ✓ Di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento, il beneficio presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario.
- ✓ Di avere preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute.
- ✓ Di essere a conoscenza che l'istanza, potrà essere sottoposta ad accertamenti fiscali anche tramite l'ausilio della Guardia di Finanza
- ✓ Inoltre, autorizza il Distretto Socio Sanitario D1 all'uso dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs 196/2003, che verranno utilizzati esclusivamente alle finalità di cui alla presente istanza.

Data _____

FIRMA
