

Richiesta bonus socio-sanitario ai sensi dell'art. 10 della L.r. n.10/2003.

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Al Comune di Erice

Da presentare entro il 30 aprile 2015

<p>_1_ sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____ e residente in Erice in via/piazza _____ n.____, tel./ cel. _____</p>
--

D I C H I A R A

- che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _1_ sig. _____, 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, ha una condizione economica valutata con nuovo ISEE **in corso di validità** pari 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'AC e dal servizio sanitario nel rispetto delle direttive fissate dalla Regione Siciliana

C H I E D E

la concessione

del buono socio-sanitario

di buoni di servizio per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il distretto socio-sanitario, iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio assistenziali di cui all'art. 26 della l.r. n° 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili e per la tipologia di servizio: Assistenza Domiciliare.

Dichiara la composizione del proprio nucleo familiare come segue

n.	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	<u>CONVI</u> SI....	<u>VENTE</u> NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Comunica che il dr. _____ del servizio di medicina generale dell'ASP n. 9 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Allega alla presente istanza:

1. copia certificazione di invalidità 100% con accompagnamento e/o in caso di gravità recente scheda multidimensionale rilasciata dal medico curante (**in caso di anziani**)
2. copia certificato di invalidità ai sensi della legge 104/92 punto 3 comma 3 (**in caso di disabili gravi**)
3. certificato rilasciato dal medico di medicina generale attestante la condizione di disabilità grave corredata da copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi della legge 104/92.3 punto 3 comma 3 (**in caso di gravità recente**)
4. indicatore situazione economica come rinveniente dal nuovo ISEE in corso di validità rilasciato da organismo abilitato
5. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara di essere familiare convivente del sig. _____, anziano/disabile grave e di essere legato allo stesso di rapporti di parentela; 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.

Altresì, ai sensi della Legge n. 675/96 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Erice li _____

(firma)
