



COMUNE DI LERCARA FRIDDI
 Provincia di Palermo
 AREA AMMINISTRATIVA
 UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI



DISTRETTO SOCIO – SANITARIO “D 38”
 LERCARA FRIDDI

**Ambito Territoriale: Lercara Friddi, Alia, Castronovo di Sicilia, Palazzo Adriano,
 Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari**

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

Schema di domanda

Richiesta Bonus socio – sanitario ai sensi dell’art. 10 della legge regionale 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

Il sottoscritto _____, nella qualità di richiedente,
 nato a _____ il _____ e residente in via/piazza
 _____ n. _____ Comune di _____
 CAP _____ Prov. _____, C .F.: _____
 Cartad’identità n. _____ telefono _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appreso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela 1 sig. _____, nella qualità di beneficiario, nato a _____ il _____ C.F.: _____, Carta d’identità n. _____, 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 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. 04.04.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € 7.000,00. 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 07.07.2005 e dal D.P.R.S. del 07.10.2005.

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;

- **Buono di Servizio (Voucher):** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione Comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento a assegno equivalente (L. n. 18 / 1980).

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'A.U.S.L. n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome	Nome	Rapporto Familiare	Nato		Conviv	
				a	il	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 n. 109 / 98 e successive modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – COMUNI- etc.).

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
