

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n.28

Barcellona Pozzo di Gotto (capofila) – Basicò – Castoreale – Falcone
Fondachelli Furnari –Mazzarrà S.A. - Merì – Montalbano Elicona – Novara di Sicilia
Rodì Milici - Terme Vigliatore – Tripi.

Al Comune di _____

Oggetto: Richiesta Bonus Socio Sanitario
ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 10 del 31/07/2003.

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ Via _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi così come stabilito dall' art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

- che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente, per vincolo di parentela _____, anziano/disabile grave, in condizione di totale/parziale non autosufficienza, 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 è così composto:

Ruolo	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita
		..		
		..		

- Che il reddito complessivo percepito dal proprio nucleo familiare, nell'anno 2012, è il seguente:

Somma dei redditi della' dichiarazione	€
Rendimento del patrimonio mobiliare	€
Detrazione per il canone di locazione	€
Indicatore Situazione Reddituale (ISR)	€
Patrimonio mobiliare	€
Detrazione patrimonio mobiliare	€
Patrimonio immobiliare	€

Detrazione patrimonio immobiliare	€
Indicatore Situazione Patrimoniale (ISP)	€
L'indicatore della situazione economica (ISE) è il seguente:	€
Il valore della scala di equivalenza applicato è il seguente:	€
L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente:	€

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. 7 luglio 2005 modificato ed integrato dal D.P. 7 ottobre 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;

OVVERO

BUONO DI SERVIZIO (Voucher): per l'acquisto di prestazioni domiciliari da spendere presso idonei organismi, appositamente accreditati presso il distretto e liberamente scelti dalle famiglie.

ATTESTA

che il familiare non autosufficiente

fruisce non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L. 18/1980).

COMUNICA

che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell' A.S.P. n. 5 è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

Allega alla presente istanza :

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
- Copia di un valido documento di riconoscimento.

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

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate

Barcellona P.G. _____

(firma per esteso)