

AL COMUNE DI _____

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIO-SANITARIO
(ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 10/2003)

Scadenza 25 MARZO 2016

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ e residente a _____ in Via
_____ n. _____ Tel. _____ Cell.
_____.

D I C H I A R A

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente per vincolo di parentela _____
- l'anziano _____
- il disabile grave _____

In condizioni di non autosufficienza cui vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia, anche di natura sanitaria.

- Che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti, ai sensi del D. Lgs. n. 109/98 e regolamenti attuativi, con riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1, D.P.C.M. 4 aprile 2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € _____, rilasciato da organismo abilitato (CAF);

Composizione nucleo familiare del richiedente ivi compreso il familiare da assistere

	Cognome e Nome	Parentela con il dichiarante	Nato/a		Convivenza	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente, e comunque, entro 30 gg. dal verificarsi, le variazioni della situazione reddituale dell'intero nucleo familiare che dovessero far venir meno il diritto ad usufruire del beneficio.

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.

CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- Buono sociale (contributo economico): 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;
- oppure**
- Buono di Servizio (voucher): per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit presenti nel distretto socio-sanitario.

Si comunica che il medico di famiglia, Dott. _____
Tel. n. _____, del Servizio di Medicina Generale dell'ASP e incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza del proprio familiare.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA

- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità, del firmatario della domanda;
- Dichiarazione Sostitutiva Unica (con allegato ISEE di cui al D. Lgs. n. 109/98 circa i redditi ed i patrimoni afferenti il nucleo familiare, rilasciato dai Centri di Assistenza fiscale (CAF);
- Certificazione sanitaria: verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o in alternativa certificazione attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

Per le situazioni di gravità recenti:

Anziani: Certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, correlato dalla copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto 7 marzo 2005;

Disabili: Certificato del medico di medicina generale attestante la condizione di disabilità grave, non autosufficienza, correlato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92.

Data

Firma
