



A.S.P. 1 – AGRIGENTO



COMUNE DI LICATA



COMUNE DI PALMA MONTECHIARO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D5

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 D.P.R. 28.12.2000 N. 445.

SCADENZA PRESENTAZIONE 28/02/2014

Al Comune di
Ufficio di Servizi Sociali

Il / la sottoscritto /a, nato /a
a il e residente in
via /piazza n., comune
di c.a.p., prov....., telefono

DICHIARA

che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, è presente e convivente per vincolo di parentela (indicare quale) _____

- L'anziano** _____
- Il disabile grave** _____

nato/a..... il, residente in via,
telefono....., in condizioni di totale 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, nella totalità dei suoi componenti, ai sensi delle disposizioni riportate dal D. L.vo n. 109/98 e dal D.P.C.M. 4 aprile 2001 , n. 242, e regolarmente attuativo, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ha una **condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € :(non superiore a €.7.000) .**

- Che il familiare anziano/disabile grave in atto non fruisce di altro servizio socio-assistenziale;

- oppure fruisce dei seguenti servizi:

- Interventi domiciliari tipologia** _____
erogati da _____ **dal** _____ **al** _____
- Indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L.18/80)**
- Assistenza economica straordinaria al nucleo familiare finalizzata al sostegno dell'anziano/disabile**

- Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del buono socio sanitario .

- Di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione su quanto dichiarato e documentato .

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 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

Buono di servizio (voucher): per l'acquisto di specifiche prestazioni professionali sociali e socio-sanitarie presso strutture presenti nel distretto socio-sanitario iscritte all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali (art.26 l.r.22/86) nella sezione anziani e/o disabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

Si comunica che il dott. del servizio di medicina generale dell'Azienda unità sanitaria locale è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza .

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

NUMERO COMPONENTI	COGNOME E NOME	RAPPORTO FAMILIARE	DATA DI NASCITA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Allega alla presente istanza :

- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del decreto legislativo n. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – comuni etc.) .
- Copia di un valido documento d'identità del dichiarante.
- **Certificazione sanitaria per i soggetti anziani:(di età superiore a 69 anni e un giorno)**
- Certificato del medico di famiglia attestante la non autosufficienza (per patologie cronico-degenerative, per decadimento psico-fisico e/o disabilità, demenza o avanzata senilità) corredato dalla copia della scheda multidimensionale, di cui al Decreto Sanità 07.03.2005 ovvero:
- Verbale della commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con accompagnamento;
- **Certificazione sanitaria per i soggetti disabili gravi:**
- Certificato del medico di famiglia attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza , corredato della copia di domanda diretta all'AUSL – commissione invalidi civili – per aver riconosciuto lo stato di portatore di grave handicap (art.3 comma 3 L.104/92)

ovvero

- Certificazione attestante lo stato di portatore di grave handicap rilasciata ai sensi della L:104/92 (art.3 comma 3) della commissione invalidi civili dell'AUSL .

Data

Firma

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 455/2000, è obbligo apporre la firma e allegare copia di valido documento d'identità.

Trattamento dati personali

Informativa art. 13 del D.Lgs. n. 196/03: i dati personali forniti saranno raccolti presso le strutture organizzative del comune e del Distretto Socio Sanitario D5 per le finalità di gestione della pratica. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.

Al trattamento potranno attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali il Comune o il Distretto abbiano un rapporto di concessione e/o convenzione finalizzato all'espletamento della procedura o di parte di essa.

L'interessato può far valere nei confronti dell'A.C. i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi dell'art. 8 , 9,10 del D.Lgs.n. 196/03.

La comunicazione e/o diffusione dei dati è regolata dall'art. 19.

Titolare del trattamento è il Sindaco di ciascun Comune del Distretto socio sanitario D5; per il trattamento nell'ambito dei procedimenti generali di ordine distrettuale è responsabile il Sindaco del Comune capofila.

Data

Firma