



CITTA' DI LICATA



COMUNE DI
PALMA DI MONTECHIARO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D5

RICHIESTA BONUS SOCIO -SANITARIO AI SENSI DELL' ART. 10 DELLA LEGGE REGIONALE N. 10 DEL 31.07.2003.

DICHIARAZIONE SOSTITUITIVA RESA AI SENSI DELL' ART. 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445.

SCADENZA PRESENTAZIONE 10/03/2015

Al Comune di
Ufficio Servizio Sociale

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

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.....residente in via.....
tel..... 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 regolamento attuativo, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ha una **condizione economica valutata con I.S.E.E. pari 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 _____
- 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 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.

Buono Sociale

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.rilasciata nell' anno 2015 secondo la circolare 171 del 18/12/2014, per l' accesso alle prestazioni sociali e socio sanitari) rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS- comuni etc.).
 - Valido documento d'identità del presentatore dell'istanza.
- **Certificazione sanitaria per i soggetti anziani: (di età superiore a 69 anni e un giorno)**
 Certificazione 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'inavidità 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' ASP.

Data.....

Firma.....

Ai sensi dell' art. del D.P.R. 455/200, 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 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 esercitati ai sensi dell' art. 8,9,10 del D.Lgs n. 196/03

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

Titolare del trattamento è il Sindaco di ciascun Comune del Distretto socio sanitario, per il trattamento nell' ambito dei procedimenti generali di ordine distrettuale è responsabile il Coordinatore del Distretto Socio SanitarioD5

Data.....

Firma.....