



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 .

Al Comune di
Ufficio di Servizio Sociale

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, ivi compreso quello dell'anziano/disabile, nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal D. L.vo n. 109/98 e regolamento attuativi , con particolare 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 € :(non superiore a €7.000) .**

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

- 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** : beneficio di carattere economico a supporto del reddito della famiglia che assume compiti di accoglienza e cura del proprio congiunto ;

OVVERO

- 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.) .
- valido documento d'identità del presentatore dell'istanza .

- **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 cronicodegenerative,per decadimento psico-fisicoe/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 5 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 5 ;per il trattamento nell'ambito dei procedimenti generali di ordine distrettuale è responsabile il Sindaco del Comune capofila .