

Richiesta Bonus socio-sanitario – ANNO 2015

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ e residente in via _____ telefono

DICHIARA:

- che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, il/la Sig. _____

nato/a il _____ a _____ -

- Anziano/a (di età non inferiore a 69 anni) in condizioni di non autosufficienza, debitamente certificata;
- Disabile grave (art. 3, 3° comma legge n. 104/92);

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.

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;

Buono di servizio per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il distretto socio-sanitario e/o presso strutture dell' A.S.P.

A tal fine, il/la sottoscritto/a ,consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA:

- che il proprio nucleo familiare è composto da:

N.	COGNOME	NOME	LUOGO DATA NASCITA	E DI	GRADO DI PARENTELA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

- che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni vigenti ,con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad €. _____, 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.R.S. del 10 Luglio 2008.

Il sottoscritto **dichiara, inoltre**, 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.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
- Certificazione I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare compilato secondo le nuove direttive vigenti dal 01.01.2015;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Fotocopia Codice Fiscale;
- Fotocopia Codice IBAN.

CANICATTI, _____

FIRMA
