

Agli Uffici Servizi Sociali e Sanitari
del Comune di

CANICATTI'

Richiesta Bonus di servizio Socio-Sanitario (voucher) secondo i criteri e gli indirizzi introdotti dai Decreti Presidente della Regione 7 luglio 2005 e 7 ottobre 2005 – ANNO 2011.

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.

- che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal D.L.vo n. 109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. 4.4.2001, n. 242, 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 07 Luglio 2005 e dal D.P.R.S. del 07 Ottobre 2005.

CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario, nella forma di **Buono di servizio** (voucher) per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit presenti nel Distretto Socio-Sanitario D3, iscritti all'Albo Regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. n.22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di

servizio assistenza domiciliare ed iscritti all'Albo Distrettuale dei Fornitori dei servizi domiciliari, pubblicato nel medesimo Distretto.

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
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.), ai sensi del D.L.vo 109/98 e successive modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - Comuni etc.), relativo ai redditi **Anno 2009**
- Autocertificazione Stato di famiglia
- Fotocopia documento di riconoscimento
- Fotocopia Codice Fiscale.

CANICATTI lì _____

FIRMA
