

**Richiesta Bonus socio-sanitario – ANNO 2014.**

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 10 Luglio 2008.

**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;

**ovvero**

- **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.

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 2012
- Autocertificazione Stato di famiglia
- Fotocopia documento di riconoscimento
- Fotocopia Codice Fiscale
- Fotocopia Codice IBAN.

CANICATTI', \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_