

Al Comune di _____
Ufficio di Servizi Sociali

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____
residente in via _____ n. _____,
comune di _____ c.a.p. _____,
prov. _____, telefono _____

D I C H I A R A

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convive per vincolo di parentela _____, anziano / disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficiente 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 decreto legislativo 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 aprile 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. n. _____ del _____

C H I E D E

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;

O V V E R O

- Buono di servizio: per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il distretto socio-sanitario e/o presso strutture dell'azienda unità sanitaria locale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n. 18/80).

Si comunica che il dott. _____
del servizio di medicina generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

N.	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di Nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

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 decreto legislativo n.109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS- COMUNI, etc.).

Il sottoscritto dichiara 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.

DATA _____

Firma
