

MARSALA-PETROSINO

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____

comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____,

telefono _____

DICHARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela _____, anziano/disabile grave in condizioni di 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 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. non superiore a € 7.000,000.

- Di impegnarsi a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia, in attuazione del programma personalizzato definito dall'A.C. e dal servizio Sanitario.

- Che il Dott. _____ del servizio di medicina generale dell'A.S.P. n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

| | Cognome e nome | Rapporto familiare | Data di nascita | Luogo di nascita | Convivente (SI o NO) |
|----|----------------|--------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 6. | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9 | | | | | |

CHIEDE

La concessione del buono socio-sanitario nella forma di:

☐ **Buono sociale:** beneficio a carattere economico a supporto del reddito della famiglia 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 (Voucher):** titolo per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit accreditati presso il Distretto Socio-Sanitario.

Alla presente istanza, a pena esclusione, allega la seguente documentazione:

- **Per gli anziani:**
 - Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
 - Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento o in alternativa la certificazione ai sensi dell'Art.3, comma 3, della L.104/92.
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.
- **Per i disabili gravi:**
 - Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
 - Certificazione attestante la disabilità grave, certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3°, della L.104/92;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Per le situazioni di gravità recente, per cui non si è in possesso delle certificazioni (invalidità civile 100% - Legge n. 104/92) deve essere prodotto:

- **Per gli anziani:**
 - Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
 - Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al D.A. Sanità del 07/03/2005
 - Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

– Per i disabili :

- Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
- Certificato del medico di base attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza per ottenere il riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art.3, comma 3°, della L.104/92;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del bonus e di essere consapevole della decadenza dal beneficio per dichiarazioni rese non veritiere, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Si allega la seguente documentazione:

- Certificazione I.S.E.E. del nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
- Per gli ultra-sessantannovenni: verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento;
- certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92;
- Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto Assessorato Sanità del 07/03/2005;
- Certificato del medico di base attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza per ottenere il riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art. 3, comma 3° della Legge n. 104/92;
- documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario del buono socio sanitario

Data _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali e rispetto della normativa anticorruzione

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003 si informa che i dati personali forniti a questo Ente Comunale nell'ambito del procedimento cui è inserita la presente istanza, saranno oggetto di trattamento, svolto con o senza l'ausilio di sistemi informatici, nel pieno rispetto della normativa istitutiva dal Comune di Marsala. Di tale trattamento è titolare il Comune di Marsala.

I dati saranno resi disponibili a terzi, nei limiti e nelle modalità previsti dalla normativa vigente.

Si dichiara, altresì, che ai sensi della legge n. 190/2012 s.m.i. così detta legge anticorruzione non vi è nessun rapporto di parentela o affinità tra il richiedente e i dirigenti e i dipendenti del Servizio specifico cui è inoltrata la richiesta.

Marsala li _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
