

**AL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.52**

**MARSALA-PETROSINO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- 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.

-Con impegno 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'Azienda unità sanitaria locale n. \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di 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 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 prestazione 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 non profit accreditati presso il Distretto Socio-Sanitario.

Alla presente istanza, pena esclusione, la seguente documentazione:

- **Per gli anziani:**

- Certificazione I.S.E.E., relativa all'anno 2008, rilasciata dagli uffici competenti;
- Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con 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., relativa all'anno 2008, 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 104/92 ) deve essere prodotto:

- **Per gli anziani:**

- Certificazione I.S.E.E., relativa all'anno 2008, rilasciata dagli uffici competenti;
- Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

- **Per i disabili :**

- Certificazione I.S.E.E., relativa all'anno 2008, 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

- Si allega alla presente il questionario di gradimento inviato dal Dipartimento della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali, debitamente compilato.

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

\_\_\_\_\_