

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 9.000,000.

- Che si impegna a garantire la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia, o in alternativa, presso strutture di sollievo, in attuazione del programma personalizzato definito dai Servizi Sociali dei Comuni del Distretto e dalla Unità di Valutazione Medica del Distretto 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 che assume compiti di accoglienza e di cura di un proprio familiare, con l'impegno del caregiver familiare e delle reti di solidarietà familiare o di altri soggetti legati da rapporti consolidati con la famiglia (art.10, comma 1°)

OVVERO

☐ **Buono di servizio (Voucher):** titolo per l'acquisto di prestazioni domiciliari, sociali, e socio-sanitarie erogate da caregiver professionali presso organismi ed enti no profit, riconosciuti ed accreditati ai sensi della L.328/2000, liberamente scelti dalle famiglie.

ALLEGA

alla presente istanza, pena esclusione, la seguente documentazione:

- **Per gli anziani:**

- Certificazione I.S.E.E., relativa all'anno 2007, rilasciata dagli uffici competenti;
- Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100%;
- Piano personalizzato rilasciato dal medico di base, contenente la specifica indicazione delle prestazioni da erogare, del periodo e del livello quali-quantitativo delle stesse;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

- **Per i disabili gravi:**

- Certificazione I.S.E.E., relativa all'anno 2007, rilasciata dagli uffici competenti;
- Certificazione attestante la disabilità grave, certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3° della L.104/92;
- Piano personalizzato rilasciato dal medico di base.
- 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 2007, rilasciata dagli uffici competenti;
- Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale e del piano personalizzato;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

- **Per i disabili .:**

- Certificazione I.S.E.E., relativa all'anno 2007, 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;
- Piano personalizzato rilasciato dal medico di base;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità

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
