DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D6

Ribera (Capofila) – Burgio – Calamonaci – Cattolica Rraclea – Lucca Sicula – Montallegro – Villafranca Sicula

Istanza per la concessione del buono socio-sanitario

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 .12.2000, n. 445

Al Signor Sindaco del Comune di

_____

Il/la sottoscrittoIa _____

Nato/a _____ il ___/____/_____ e residente a _____

_____ via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, convive legato da vincolo familiare (parentela, filiazione, adozione,) - (specificare) _____

.[_] l'anaziano _____

[_] il disabile grave _____

Nato a _____ il ___/___/_____, e residente a _____

in via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

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 carico della famiglia.

- Di impegnarsi a garantire la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dall'Unità valutativa Multidimensionale (U.V.M.);

CHIEDE

Di essere ammesso ad usufruire del Buono socio-sanitario.
[_] **Buono sociale,** provvidenza economica, a supporto del reddito dei familiari, finalizzata a sostenere la famiglia nel "prendersi cura" del proprio familiare anziano non autosufficiente o disabile grave.
[_] **Buono di servizio,** titolo per titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari presso le cooperative sociali accreditate presenti nel nel Distretto socio sanitario n. 6 (Ribera, Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Villafranca Sicula), iscritte all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali (cooperative sociali o associazioni) di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.
Si attesta che il familiare non autosufficiente o disabile grave:
[_] fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L. 18/1980)
[_] non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente

Si comunica che il medico di famiglia, Dott. _____
Tel. _____, del Servizio di Medicina Generale dell'ASP di Agrigento è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza del proprio familiare.

Composizione del nucleo familiare del richiedente ivi compreso il familiare da assistere

Cognome e nome		Rapporto familiare	Nato		Convivente	
			a	il	si	no
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Allegare alla presente istanza:

- **Per tutti:** Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.P.C.M. n° 159 del 5/12/13 e s.m.i., ovvero Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) nelle more del rilascio del modello I.S.E.E. da parte di ente abilitato, riferito a tutti i soggetti indicati nel superiore prospetto
- **Per gli anziani:** (di età superiore a 69 anni): Verbale della Commissione Medica dell'ASP 1 attestante la condizione di invalidità totale con indennità di accompagnamento.
- **Per i disabili gravi:** Certificazione attestante lo stato di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 – comma 3 – della legge 104/92.

Solo per le situazioni di gravità recente per cui non in possesso delle superiori certificazioni dovrà essere prodotto:

Per gli anziani

- certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto Sanità 7 marzo 2005, ovvero della copia della richiesta per il riconoscimento dell'invalidità totale con diritto alla indennità di accompagnamento

Per i disabili

- certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave corredato dalla copia richiesta di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3° della L. n. 104/92.

^^^

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus e di essere consapevole della decadenza dle beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
Il sottoscritto dichiara inoltre di avere ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 11 e 13 del d. Lgs 196/2003, e dell'art. 7 del medesimo provvedimento legislativo., ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come poersonali dalla citata legge con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

, ___________________________

FIRMA ___________________________________

Allegato: documento di riconoscimento in corso di validità