

Al Comune di CAMPOFRANCO
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della L. R. n. 10/2003 – ANNO 2016.

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
quivi residente in Via/Piazza _____ n. _____,
Codice Fiscale: _____, Comune di Campofranco -
CAP 93010 - Prov. CL - 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 il Sig./ra:

_____ nat_ a _____ il _____
(*cancellare la voce che non interessa*):

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 D.L.vo 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. 4.4.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata I.S.E.E. di €. _____, **rilasciata nell'anno 2016**.

➤ 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. del 7/7/2005.

C H I E D E

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di (*barrare la voce che interessa*):

Buono sociale: a sostegno del reddito familiare con impegno della rete familiare e/o di solidarietà, anche con acquisto di prestazioni a supporto dell'impegno familiare da soggetti con rapporti consolidati di fiducia;

Buono di servizio (voucher): 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.

Dichiara, altresì:

➤ - Che il familiare non autosufficiente fruisce dell'indennità di accompagnamento o assegno equivalente (legge n. (18/80 – I.N.P.S. – I.N.A.I.L.) specificare il tipo di indennità _____ per un importo mensile di €. _____;

ovvero:

- - Ha richiesto di fruire dell'indennità di accompagnamento e/o benefici previsti dall'art. 3 comma 3, della legge n. 104/92.
- Che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'ASP n. 2 è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza dell'assistito.
- Che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

N.	Cognome e Nome	Rapporto Familiare	Nato		Convivente	
			A	IL	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Allega alla presente istanza:

- Copia del Verbale della Commissione Medica per l'accertamento degli stati di invalidità civile e/o di indennità di accompagnamento (art. 3, comma 3, della L. n. 104/92),

ovvero: - Copia della domanda per la richiesta del riconoscimento da parte della Commissione Medica per l'accertamento degli stati di invalidità civile (art. 3, comma 3, della L. n. 104/92) e/o per fruire dell'indennità di accompagnamento;

- Copia dell'Indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D. Lgs n.109/98 e successive modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato.

- Copia di un documento di riconoscimento e codice fiscale del richiedente e del destinatario.

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.

Ai sensi del D. L. n. 201/2011, che impone alle pubbliche amministrazioni il divieto di effettuare pagamenti in contanti superiori ai 1.000 euro, con la presente si chiede che il pagamento venga effettuato mediante (*segnare con una croce la modalità prescelta – **Dati obbligatori***):

- **Bonifico Bancario:**

- **Libretto Postale:**

- CIN: _____ ABI: _____ CAB: _____ C/C n.: _____

- IBAN: _____.

Campofranco, li _____

In Fede
