

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

(COMUNI DI ACIREALE, ACIBONACCORSI, ACICASTELLO, ACICATENA, ACI SANT'ANTONIO, SANTA VENERINA, ZAFFERANA)

RICHIESTA BONUS SOCIO-SANITARIO ANNO 2016

AL COMUNE DI _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in via/piazza _____ n° _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ telefono _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela (specificare) _____, anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficienza (cognome e nome) _____ nato a _____ il _____ 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 con I.S.E.E. in corso di validità (ai sensi del D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014 e s.m.i.) di € _____.

CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- Provvidenza economica**: a sostegno del reddito familiare 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;

- Per accredito diretto sul c/c indicare codice IBAN del richiedente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ovvero

- Buono di servizio**: per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'ASP n. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

- **Si dichiara che la composizione del nucleo familiare è la seguente:**

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Luogo di nascita	Data di nascita	Convivenza	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione attestante la condizione di disabilità grave rilasciata ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n.104/92.
Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni dovrà essere prodotto:
Per gli anziani, un certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto Sanità del 7 marzo 2005.
Per i disabili, un certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n.104/92.
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014 e s.m.i., in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – ETC.).
- Fotocopia codice fiscale del richiedente.
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente.

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
