######

###### DISTRETTO SOCIO – SANITARIO “D 38”

LERCARA FRIDDI


# COMUNE DI LERCARA FRIDDI

## Provincia di Palermo

**AREA AMMINISTRATIVA**

#### UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI



**COMUNE DI PALAZZO ADRIANO**

PROVINCIA DI PALERMO

**P**AESE A **V**OCAZIONE **T**URISTICA *D. A. 2101 del 02/12/2014*

Ambito Territoriale: Lercara Friddi, Alia, Castronovo di Sicilia, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari

**^\*^\*^\*^\*^\*^\*^\*^\*^\*^\*^**

# Schema di domanda

Richiesta Bonus socio – sanitario ai sensi dell’art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003.

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

## Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di richiedente, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_, C .F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cartad’identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### D I C H I A R A

* Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela \_\_l\_\_ sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di beneficiario, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Carta d’identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, anziano / disabile grave in condizioni di totale / parziale non autosufficiente 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. 04.04.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € 7.000,00. 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 07.07.2005 e dal D.P.R.S. del 07.10.2005.

# C H I E D E

La concessione del Buono Socio – Sanitario nella forma di:

* **Buono Sociale**: 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;

**ovvero**

* **Buono di Servizio (Voucher)**: per l’acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l’Amministrazione Comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento a assegno equivalente (L. n. 18 / 1980).

Si comunica che il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Servizio di Medicina Generale dellA.U.S.L. n. \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

#### Composizione nucleo familiare

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome** | **Nome** | **Rapporto Familiare** | **Nato** | **Conviv** |
| **a** | **il** | **Si** | **No** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |

**Allega alla presente istanza:**

* Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito;
* **Per le situazioni di gravità recente, per cui non si è ancora in possesso delle superiori certificazioni, dovra essere prodotto:**
* Per gli anziani: Certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza, **correlato dalla copia della scheda multidimensionale SVAMA di cui al Decreto del 7 marzo 2005;**
* Per i disabili: Certificato del medico di medicina generale attestante la condizione di disabilità grave, non autosufficienza, **correlato 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. L.vo n. 109 / 98 e successive modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – COMUNI- etc.).

**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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_