



COMUNE DI LERCARA FRIDDI
Provincia di Palermo
AREA AMMINISTRATIVA
UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

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 Lercara Friddi 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 1 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 € _____. 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 di Servizio (Voucher):** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit iscritti all'albo regionale delle Istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili per la tipologia del servizio assistenza domiciliare.

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 A.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;
- 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
