

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

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

RICHIESTA BONUS SOCIO-SANITARIO ANNO 2015

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 _____, anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale 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 con I.S.E.E. anno 2013 per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (ai sensi dell'art.6 del D.P.C.M. 5/12/2013 n.159) ad € _____.

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;

ovvero

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

Si attesta altresì che il suddetto familiare è in possesso di:

- verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento
- certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge n.104/92

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

• **Composizione nucleo familiare**

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Nato		Conv.	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- Documento di riconoscimento del sottoscrittore.

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

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.