

**ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIO-SANITARIO**

e

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

**Scadenza 30 APRILE 2015**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a Ragusa in

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, Cell. \_\_\_\_\_.

**D I C H I A R A**

➤ Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, convive legato da vincolo familiare (parentela, filiazione, adozione,) - (*specificare*) \_\_\_\_\_

l'anziano \_\_\_\_\_

il disabile grave \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, e residente a Ragusa in

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

in condizione 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 e oneri a totale carico della famiglia.

➤ Di impegnarsi a garantire la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dall'Unità Valutativa Multidimensionale (U.V.M);

**C H I E D E**

**Di essere ammesso ad usufruire del Buono socio-sanitario**

- Buono Sociale** : provvidenza economica, a supporto del reddito dei familiari, finalizzata a sostenere la famiglia nel " prendersi cura" del proprio familiare anziano non autosufficiente o disabile grave.
- Buono di servizio** : titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari presso cooperative sociali accreditate presenti nel Distretto socio sanitario n. 44 (Ragusa, Chiaramonte Gulfi, Giarratana, Monterosso Almo e Santa Croce Camerina), iscritte all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali (cooperative sociali o associazioni) di cui all'art. 26 della L.R. n.22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.

Si attesta che il familiare non autosufficiente o disabile grave:

- Fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L.18/1980)
- Non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente

Si comunica che il medico di famiglia, Dott. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, del Servizio di Medicina Generale dell'ASP di Ragusa è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza del proprio familiare.

**Composizione nucleo familiare del richiedente ivi compreso il familiare da assistere**

Cognome e Nome	Rapporto Familiare	Nato		Convivente	
		a	il	si	No
1					
2					
3					
4					
5					

**Allegare alla presente istanza:**

- **Per tutti:** Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.P.C.M n° 159 del 5/12/13 e succ., ovvero Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) nelle more del rilascio del modello I.S.E.E. da parte di ente abilitato, riferito a tutti i soggetti indicati nel superiore prospetto
- **Per gli anziani** (di età superiore a 69 anni): Verbale della Commissione Medica dell'Asp7 attestante la condizione di invalidità totale con indennità di accompagnamento
- **Per i disabili gravi:** Certificazione attestante lo stato di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 – comma 3 – della legge 104/92.

Solo per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni dovrà essere prodotto nelle more della presentazione della sopraccitata documentazione:

**Per gli anziani**

- Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale, di cui al decreto sanità 7 marzo 2005, ovvero della copia della richiesta per il riconoscimento dell'invalidità totale con diritto alla indennità di accompagnamento

**Per i disabili gravi**

- Certificato del medico di medicina generale, attestante la condizione di disabilità grave corredato della copia della richiesta per il riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^

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.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 11 e 13 del d.lgs. 196/2003, e dell'art.7 del medesimo provvedimento legislativo, ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Ragusa, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Allegato: documento di riconoscimento in corso di validità**