

per il tramite del Comune di FICARRA

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in via _____ n. _____
comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____,
telefono _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/00:

- 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 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 decreto legislativo 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 aprile 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 10 luglio 2008.

CHIEDE

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: per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il distretto socio-sanitario e/o presso strutture dell'azienda unità sanitaria locale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (legge n. 18/80).

Si comunica che il Dott. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda unità sanitaria locale N. _____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente	
					SI	NO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

Allega alla presente istanza:

1. Certificazione sanitaria sulla condizione del familiare assistito.
2. Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E) ai sensi del decreto legislativo n. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – comuni etc.) – Anno 2013 secondo i nuovi criteri vigenti dall'01.01.2015.

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

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate.

Data _____

(Firma per esteso)