

## AL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.52

### MARSALA-PETROSINO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela \_\_\_\_\_, anziano/disabile grave in condizioni 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 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. non superiore a € 7.000,000.

- Di impegnarsi a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia, in attuazione del programma personalizzato definito dall'A.C. e dal servizio Sanitario.

- Che il Dott. \_\_\_\_\_ del servizio di medicina generale dell'A.S.P. n. \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

#### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

|    | Cognome e nome | Rapporto familiare | Data di nascita | Luogo di nascita | Convivente<br>(SI o NO) |
|----|----------------|--------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| 1. |                |                    |                 |                  |                         |
| 2  |                |                    |                 |                  |                         |
| 3. |                |                    |                 |                  |                         |
| 4. |                |                    |                 |                  |                         |

|    |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|
| 5  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9  |  |  |  |  |  |

## CHIEDE

La concessione del buono socio-sanitario nella forma di:

☐ **Buono sociale:** beneficio a carattere economico a supporto del reddito della famiglia 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):** titolo per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit accreditati presso il Distretto Socio-Sanitario.

Alla presente istanza, a pena esclusione, allega la seguente documentazione:

- **Per gli anziani:**

- Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
- Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento o in alternativa la certificazione ai sensi dell'Art.3, comma 3, della L.104/92.
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

- **Per i disabili gravi:**

- Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
- Certificazione attestante la disabilità grave, certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3°, della L.104/92;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Per le situazioni di gravità recente, per cui non si è in possesso delle certificazioni (invalidità civile 100% - Legge n. 104/92) deve essere prodotto:

- **Per gli anziani:**

- Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
- Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al D.A. Sanità del 07/03/2005;

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

• **Per i disabili :**

- Certificazione I.S.E.E., in corso di validità, rilasciata dagli uffici competenti;
- Certificato del medico di base attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza per ottenere il riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art.3, comma 3°, della L.104/92;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del bonus e di essere consapevole della decadenza dal beneficio per dichiarazioni rese non veritiere, punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Si allega la seguente documentazione:

- o Certificazione I.S.E.E. del nucleo familiare, in corso di validità, rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati;
- o Per gli ultra-sessantannovenni: verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento;
- o certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92;
- o Certificato del medico di base attestante la non autosufficienza, corredato della copia della scheda multidimensionale di cui al Decreto Assessorato Sanità del 07/03/2005;
- o Certificato del medico di base attestante la disabilità grave, con la copia dell'istanza per ottenere il riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art. 3, comma 3° della Legge n. 104/92;
- o documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario del buono socio sanitario

Data \_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali:**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità di cui in domanda.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Marsala li \_\_\_\_\_

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

\_\_\_\_\_