

Al Comune di Ragusa - Settore XII “Servizi sociali ed assistenziali”

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 2011

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, affinità) - (*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 nella forma di titolo per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed enti no-profit 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					
6					

Allega alla presente istanza:

- **Per gli anziani** (di età superiore a 69 anni): Certificato del medico curante attestante la non autosufficienza ovvero Verbale della Commissione Medica dell'Ausl7 attestante la condizione di invalidità totale
- **Per i disabili gravi:** Certificazione attestante lo stato di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 – comma 3 – della legge 104/92.
- **Per tutti:** Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF) di tutti i soggetti indicati nel superiore prospetto.

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

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 veritieri 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

Alla domanda deve essere allegato copia del documento di riconoscimento in corso di validità

