

Distretto Socio Sanitario 42

Al Comune di _____

OGGETTO: Richiesta Buono Socio Sanitario ai sensi dell'art.10 della Legge Regionale n. 10 del 31.07.2003 – Anno 2016

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ via/piazza _____ n _____

telefono _____

CHIEDE

Al fine di assicurare al proprio congiunto anziano/disabile prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in seno alla famiglia, in alternativa alle prestazioni di natura residenziale, di potere usufruire del Buono socio-sanitario nella forma di:

Buono Sociale finalizzato a sostenere economicamente le famiglie nei compiti di cura

Buono di servizio (voucher) finalizzato all'acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie da soggetti accreditati presso il Distretto socio sanitario 42

A tal fine, avvalendosi della disposizione di cui al D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite dal Codice Penale in caso di false attestazioni e/o mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere nato/a a _____ il _____
- Di essere residente in _____
- Che il proprio Codice Fiscale è _____
- Che nel proprio nucleo familiare è presente anagraficamente per **vincolo familiare di parentela, filiazione, adozione e affinità (specificare)** _____

il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____

il _____ anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficienza

- Che il familiare anziano/disabile in atto fruisce di:

indennità di accompagnamento o indennità equivalente ai sensi della L.18/80 e L.508/88

riconoscimento portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3 Legge 104/92)

- Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Buono Socio Sanitario
- Di impegnarsi a utilizzare il buono socio sanitario per sostenere le cure necessarie ad assicurare la permanenza a domicilio del congiunto, in attuazione del programma personalizzato definito dai servizi

socio-sanitari, nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.Š. 7 luglio 2005, mediante prestazioni rese da enti pubblici o privati accreditati per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie domiciliari

che la **composizione del proprio nucleo familiare** è la seguente:

	Cognome e Nome	Rapp. Familiare	Luogo e data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione su quanto dichiarato e documentato

Allega alla presente istanza:

► **Certificazione I.S.E.E (Indicatore Situazione Economica Equivalente)** relativo ai redditi 2015 rilasciata dagli Uffici ed organismi abilitati attestante il limite di reddito non superiore ad € 7.000,00 secondo le norme vigenti da Gennaio 2016

► **Verbale della commissione invalidi civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento**

OPPURE

► **Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma terzo, della legge 104/92**

Per le situazioni di **gravità recente**, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni, dovrà essere prodotto:

Per i soggetti anziani (età non inferiore a 69 anni e 1 giorno) che fruiscono dell'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

► **Certificato del medico di medicina generale attestante la non autosufficienza**, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, rilasciata dalle Unità Valutative Multidimensionali (U.V.G./U.V.M) ai sensi del Decreto del Presidente della Regione del 10.07.2008, presenti in ogni Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)

Per le persone con disabilità

► Certificato del medico di medicina generale attestante le condizioni di disabilità grave e non autosufficienza, corredato della copia dell'istanza, debitamente registrata, per il riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3 comma terzo della 104/92

Data _____

FIRMA

**Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 che il conto corrente trattenuto a proprio nome (1) presso la Banca (2) ha il codice Iban.....(3)
La dichiarazione è resa e sottoscritta dal medesimo con l'osservanza delle modalità di cui all'articolo 38 del D.P.R. 445/2000.**

Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 455/2000, è obbligo apporre la firma e allegare copia di valido documento di identità.

Trattamento dati personali Informativa art.13 del Decreto Legislativo n. 196/03. I dati personali forniti saranno raccolti presso le strutture organizzative del Comune e del Distretto socio sanitario 42 per le finalità di gestione della pratica. Il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato, nei modi leciti e secondo correttezza per un tempo non superiore a quello necessario per l'espletamento di funzioni istituzionali e di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.

Al trattamento potranno attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali il Comune o il Distretto abbiano un rapporto di concessione e/o convenzione finalizzato all'espletamento della procedura o di parte di essa.

L'interessato può far valere nei confronti dell'A. C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi dell'art. 8, 9 e 10 del Decreto Legislativo n. 196/03.

La comunicazione e/o diffusione dei dati è regolata dall'art. 19.

Titolare del trattamento è il Sindaco di ciascun Comune del Distretto SS 42; per il trattamento nell'ambito dei procedimenti generali di ordine distrettuale è responsabile il Sindaco del Comune Capofila.

Note :

- (1) l'intestatario del c/c bancario o postale è colui che riscuote in nome e per conto dell'anziano o del disabile grave
- (2) sono valide le carte prepagate banca e post pay evolution non si effettuano accrediti sui libretti postali e sulla postpay - card gialla
- (3) per il codice IBAN indicare i 27 caratteri alfanumerici