

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 17 – L. 328/00

COMUNI DI: GIARRE – CALATABIANO - CASTIGLIONE DI SICILIA – FIUMEFREDDO –
LINGUAGLOSSA – MASCALI – MILO – PIEDIMONTE ETNEO- RIPOSTO – SANT’ALFIO

Al Comune di Calatabiano

Ufficio di Servizio Sociale

Oggetto: Richiesta Buono socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003. ANNO 2016

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28.12.2000, N. 445.

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di Calatabiano CAP 95011 Prov. (CT) telefono _____(obbligatorio).

Dichiaro

- 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 D.L.vo 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. 4.4.2001, 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.).

CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- o **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

- o **Buono di servizio:** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce/non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980).

Si comunica che il Dott. _____ del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL n. ____ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		convivente	
			a	il	SI	NO
1				__/__/__		
2				__/__/__		
3				__/__/__		
4				__/__/__		
5				__/__/__		
6				__/__/__		
7				__/__/__		
8				__/__/__		
9				__/__/__		

Allega alla presente istanza:

- o **certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.**
- o **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 – INPS – Comuni etc.), relativa ai redditi anno precedente e redatta secondo la nuova normativa**
- o **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.**

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 _____

INFORMATIVA EX D.LGS. N. 196/03 (PRIVACY) PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI.

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti. La comunicazione e la diffusione ad Enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

Il trattamento dei Suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, telematici o informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione della Amministrazione presso la quale possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatoria. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dare corso all'istanza da Lei avanzata.

Le rammento, infine, che Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art.3 della Legge 196/03.