

**Al Signor Sindaco  
Del Comune di Chiusa Sclafani**

**Oggetto: Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003**

***Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445.***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di Chiusa  
Sclafani CAP 90033 Prov. Palermo telefono \_\_\_\_\_.

**D i c h i a r a**

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.) nel rispetto delle direttive fissate dal Decreto Presidenziale 7 luglio 2005, modificato ed integrato dal Decreto Presidenziale 7 ottobre 2005

**C H I E D E**

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 le strutture presenti nel distretto socio-sanitario, iscritte all'albo regionale delle istituzioni assistenziali (art. 26 della L. R. n. 22/86) per le sezioni anziani e/o inabili e per la tipologia di assistenza domiciliare, liberamente scelte dalle famiglie.

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'ASP n. \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

**Composizione nucleo familiare**

	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Rapporto Familiare</b>	<b>Nato a</b>	<b>Nato il</b>	<b>Convivente si</b>	<b>Convivente no</b>
<b>1</b>						
<b>2</b>						
<b>3</b>						
<b>4</b>						
<b>5</b>						
<b>6</b>						
<b>7</b>						
<b>8</b>						

**Allega alla presente istanza:**

- Certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- 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.)

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

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
( Art. 47 e Art. 3, c 2, D.P.R. 445/28.12.2000 )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi  
( Art. 76 D.P.R. 445/28.12.2000 )

**DICHIARA**

Che rispetto alla dichiarazione reddituale dell'anno precedente non sussistono sostanziali mutamenti e si impegna al rimborso del buono, qualora erogato, nel caso in cui la situazione reddituale per l'anno \_\_\_\_\_ ( redditi anno \_\_\_\_\_ ) dovesse superare il limite **I.S.E.E.** ( €. 7.000,00 ) previsto dalla legge per avere diritto al beneficio di che trattasi.

.....

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

---

---

Allega copia fotostatica documento di identità

Art. 38 D.P.R. 445/28.12.2000  
Esente da imposta di bollo Art. 37 D.P.R. 445/28.12.2000

---

---