



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54**  
Comuni di  
**Castelvetrano - Campobello di Mazara**  
**Partanna - Poggioreale - Salaparuta - Santa Ninfa**  
**A.S.P.**

Piazza G. Cascino, n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)

**UFFICIO DI PIANO**

**Richiesta Bonus socio-sanitario**  
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

Al Comune di \_\_\_\_\_  
c/o Uffici Servizi Sociali

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

**Dichiara**

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, 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 ISEE 2015, pari ad €. \_\_\_\_\_ (Qualora il richiedente non fosse ancora in possesso dell'attestazione I.S.E.E., sarà possibile allegare la Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.), **in attesa del rilascio di certificazione I.S.E.E.**, così come disposto dalla nota della Regione Sicilia, Prot. n. 21452 del 23/06/2016). 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 dal Servizio Sanitario (UVM).

**CHIEDE**

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;
- Buono di servizio (voucher)** : per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale, (restante parte).

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

**Composizione nucleo familiare**

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		conviv	
			città	data	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						

**Allega alla presente istanza, pena l'esclusione, la seguente documentazione:**

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza o disabilità grave del familiare assistito (certificazione della commissione invalidi civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento, oppure certificazione ai sensi della legge 104/92, art. 3 comma 3).
- Indicatore situazione economica equivalente (ISEE ordinario redditi 2015) o D.S.U., relativo all'intero nucleo familiare;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario 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