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 2011

II/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 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/laSig./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.S. 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)2011 relativo ai redditi 2010 rilasciata dagli Uffici ed organismi abilitati attestante il limite di reddito non superiore ad € 7.000,00;

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

O in alternativa

► 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

_____

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 D.Lgs. 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 D.Lgs. 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.