

# Distretto Socio Sanitario 42

## Al Comune di VILLABATE

**OGGETTO: Richiesta Buono Socio Sanitario ai sensi dell'art.10 della Legge Regionale n°10 del 31/07/2003 ANNO 2009**

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 la famiglia nei compiti di cura

**oppure**

**Buono di servizio** : 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 e anagraficamente convivente, per vincolo di parentela (*specificare*) \_\_\_\_\_, il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ anziano(età superiore a anni 69 e un giorno)/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficienza

▪ Che il familiare anziano/disabile in atto non fruisce di altro servizio socio-assistenziale/fruisce di:

interventi domiciliari *tipologia* \_\_\_\_\_

*erogati da* \_\_\_\_\_ *dal* \_\_\_\_\_ *al* \_\_\_\_\_

▪ Che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Buono Socio Sanitario relativo allo stesso disabile/anziano

▪ 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 direttamente dai familiari o da persone non appartenenti al nucleo familiare
  - oppure rese da enti pubblici o privati accreditati per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie domiciliari
- di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione su quanto dichiarato e documentato

- **Composizione nucleo familiare**

	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Rapp. Familiare</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**Allega alla presente istanza:**

1)

- 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 le persone anziane**

- Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale, di cui al Decreto Sanità 7 Marzo 2005

**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 di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art.3 comma terzo della 104/92

2) Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E. redditi anno 2008, che comunque non dovrà superare i 7.000 Euro) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni, dell'intero nucleo familiare

3) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e del beneficiario

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.