

# COMUNE DI SANT'AGATA LI BATTIATI



PROVINCIA DI CATANIA  
SETTORE VII SERVIZI SOCIALI

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Signor Sindaco  
Ufficio di Servizio Sociale

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Sant'Agata Li  
Battiati (CT) Via/ P.zza/ L.go

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- 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 nel 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. 04-04-2001, 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./ U.V.M. ) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. n°  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La concessione del Buono socio- sanitario nelle forma di:

- Buono sociale:** a sostegno del reddito familiare con impiego della rete familiare e/o di solidarietà, anche con acquisto di prestazione a supporto dell'impegno familiare da soggetti con rapporti consolidati di fiducia,
- Buono di servizio:** per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no 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' ASP n° \_\_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Luogo	Data di nascita	Convivenza
1					SI NO
2					SI NO
3					SI NO
4					SI NO
5					SI NO
6					SI NO
7					SI NO
8					SI NO

Allega alle presente istanza

- **Verbale della Commissione Invalidi Civili** attestante l'invalidità civile al 100% o certificazione attestante le condizioni di disabilità grave art. 3 comma 3 legge n° 104/92;

- Indicatore situazione economica equivalente ( I.S.E.E. ) ai sensi del D.L.vo 109/98 e successive modifiche e integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - COMUNI - etc.);
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Per le situazioni di gravità recente per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni dovrà essere prodotto se anziano, un certificato di medicina generale attestante la non autosufficienza, corredato dalla copia della scheda multidimensionale di cui al decreto 7 marzo 2005; se disabile, un certificato del medico di medicina generale, attestante le condizioni di disabilità grave, non autosufficienza, corredato dalla copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n° 104/92.

**Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il 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 delle leggi speciali in materia.**

Data \_\_\_\_\_

Firma

---