

## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D6

Ribera (Capofila) – Burgio – Calamonaci – Cattolica Eraclea – Lucca Sicula – Montallegro – Villafranca Sicula

### Istanza per la concessione del buono socio-sanitario

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Al Signor Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, convive legato da vincolo familiare (parentela, filiazione, adozione,) - (specificare) \_\_\_\_\_

l'anziano \_\_\_\_\_

il disabile grave \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

in condizioni di non autosufficienza 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 carico della famiglia.

- Di impegnarsi a garantire la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia in attuazione del programma personalizzato definito dall'Unità valutativa Multidimensionale (U.V.M.);

#### CHIEDE

Di essere ammesso ad usufruire del Buono socio-sanitario.

**Buono sociale**, provvidenza economica, a supporto del reddito dei familiari, finalizzata a sostenere la famiglia nel "prendersi cura" del proprio familiare anziano non autosufficiente o disabile grave.

**Buono di servizio**, titolo per titolo per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari presso le cooperative sociali accreditate presenti nel nel Distretto socio sanitario n. 6 (Ribera, Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Villafranca Sicula), iscritte all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali (cooperative sociali o associazioni) di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86 per le sezioni anziani e/o disabili, per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, liberamente scelti dalle famiglie.

Si attesta che il familiare non autosufficiente o disabile grave:

fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (L. 18/1980)

non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente

Si comunica che il medico di famiglia, Dott. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, del Servizio di Medicina Generale dell'ASP di Agrigento è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza del proprio familiare.

