

Comune di _____

Oggetto: Richiesta di attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett b) del D.P. n. 589/18

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nato/a a _____ il _____ :: e residente in Via _____ n° _____

tel/cell _____ codice fiscale _____ ,

e-mail _____

- Per se stesso
- In qualità di _____ familiare di riferimento;
- In qualità di Tutore

Per la persona portatrice di disabilità beneficiaria/o sig/ra _____ nata a _____

Il _____ e residente in Via/piazza _____ n. _____

codice fiscale _____

Tel/Cell _____

E-mail _____

CHIEDE

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art.3, comma 4 lett.B) del D.P. 589/2018.

A tal fine dichiara:

- Che il Beneficiario è Disabile grave ai sensi dell'art.3 comma 3 legge 104/92;
- Di aver preso visione del Patto di Servizio, allegato alla presente istanza ed impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente istanza:

- Copia del Documento di Riconoscimento e del Codice Fiscale del beneficiario e di chi fa la richiesta in sua vece;
- Provvedimento di nomina quale Tutore o Amministratore di Sostegno.

Allega altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene Dati Sensibili" i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 104/92 art.3 comma 3 con autocertificazione attestante che trattasi di copia conforme all'originale in proprio possesso
- Isee in corso di validità per l'anno per i disabili maggiorenni;
- Patto di Servizio.

Luogo _____ e data _____

FIRMA

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente a Distretto socio-
sanitario di _____

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della l. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. _____ del _____ 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.;

DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

.....
.....
.....
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:
- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;

3. di accettare i seguenti servizi:

.....
.....
.....
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.

6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di

DATA _____

FIRMA _____