

OGGETTO: Istanza per la richiesta di interventi in favore di **soggetti minori gravi** in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92. Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589 Gab. Del 31/08/2018.

Al Distretto Socio Sanitario D27

Tramite il Comune di _____

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritt _____,

nat. _____ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

pec _____

In qualità di: *

☐ Genitore

☐ rappresentante legale (specificare il titolo) _____

*barrare la casella di interesse

CHIEDE PER IL

Soggetto beneficiario Minore

Nome _____ Cognome _____

nat. _____ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____

L'ammissione agli interventi in favore dei disabili gravi minori con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE, consapevole della responsabilità penale 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, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- 1) Che il minore beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente la sottoelencata documentazione, così come previsto dall'Avviso:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente.

Allega, altresì, alla presente, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", la seguente documentazione:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore, se ricorre il caso.

_____,
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritt _____ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D27, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy. L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2016 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

_____,
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

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 Socio sanitari;
- 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 Socio/sanitario/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 al Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data _____

Firma
