

Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

**OGGETTO: Disabilità grave – Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R. n. 589 del 31 agosto 2018 .**

Il/La sottoscritto/a.....(cognome)..... (nome), 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, dichiara di essere:

- nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario/persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- PER SE STESSO
- DELEGATO / TUTORE / PROCURATORE AMMINISTRATORE

Per il/la Disabile \_\_\_\_\_(cognome)\_\_\_\_\_ (nome)

- nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario/persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

### **l'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza della disabilità grave per la predisposizione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018**

A TAL FINE DICHIARA

1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;

2) Di aver preso visione dello schema di Patto di Servizio, allegato alla presente istanza;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del patto di servizio compilato e firmato ad esclusione del punto n.3
- Copia della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- ISEE Socio Sanitario in corso di validità

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, Il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e s.m.i., che qui si intende interamente richiamata.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ ii \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_ esecutivo dell'articolo 9 della Lr. 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  
punte 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

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

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

II. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:

- INFERIORE A 25.000/00 EURO ANNUI  
 SUPERIORE A 25.000/00 EURO ANNUI

III. di accettare i seguenti servizi:

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

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

V. 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.
- 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;

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

li.....

Il Servizio Sociale del Comune

Il Beneficiario /Delegato