



COMUNE DI MELILLI

Provincia di Siracusa

PATTO DI SERVIZIO/CURA

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 _____ il _____
residente a _____ in via /Piazza _____ appartenente al
Comune 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 Lg.n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con D.P. 625/GAB/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 cd. "socio-sanitario" è:

- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui:

3. di accettare i seguenti interventi:

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

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

5. di accettare quanto di seguito descritto:

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

6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione degli interventi;

7. di impegnarsi a comunicare al Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

FIRMA

Al Comune di _____

OGGETTO: Disabilità grave- Richiesta attivazione Patto di Servizio/Cura D.P. n. 625/GAB/2018.

Il/La sottoscritt _____

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:

nato/ a _____ il _____

di essere residente in via _____ n. _____ Comune di _____

codice fiscale _____ cell _____

CHIEDE

☐ PER STESSO

☐ per la Sig/Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ Il _____ e residente a _____

via/piazza _____ n. _____ Codice fiscale _____

cell. _____

l'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza della disabilità grave ai sensi del comma 3 art. 3 della Lg 104792 da parte dell'U.V.M. per la predisposizione di un piano personalizzato e l'attivazione del Patto di Servizio/Cura D.P. n. 625/GAB/2018

A TAL FINE DICHIARA

- Che il beneficiario è' disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Lg 5 febbraio 1992 n. 104;
- Di aver preso visione dello schema di Patto di Servizio/Cura, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione dello stesso.
Allega alla presente istanza:

- 1) Fotocopia del documento di identità in corso di validità e il codice fiscale del beneficiario e dell'eventuale delegato;
- 2) Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Lg. 104/92 (art. 3 comma 3).
- 3) ISEE Socio Sanitario in corso di validità, fatta eccezione per i soggetti minorenni.

La Sig.ra/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, art. 13 D.L.gs n. 196/03.

FIRMA