



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2020

PATTO DI SERVIZIO

D.P.nr.589/GAB/2018 - D.P. 625/GAB/ 2018

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al Distretto socio-sanitario di _____

- Presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e socio-sanitari;
- Censito dal Distretto Socio-sanitario/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 del D.P. 589 del 31/08/2018, esecutivo dell'art. 9 della L.R.8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R 445/2000 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 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

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Sig./Sig.ra _____, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessarie all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento DGPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del DGPR 679/2016

Firma



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2020

DICHIARAZIONE ALLEGATA AL PATTO DI SERVIZIO

D.P.nr.589/GAB/2018 - D.P. 625/GAB/ 2018

AL SIG. SINDACO

COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____, nat_ a _____

il _____ e residente in _____ via _____ n. _____

Tel _____ e-mail _____

nella qualità di :

Diretto interessato

_____ (specificare coniuge, figlio, amministratore di sostegno, altro)

ai fini della sottoscrizione del Patto di Servizio a favore del disabile:

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____ Tel. _____

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

Che i dati relativi al beneficiario sono i seguenti:

A. CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

	NOME COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA	POSIZIONE LAVORATIVA
1					
2					
3					
4					
5					

C. POSSESSO DI I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014) CON VALORE DI € _____

D. CONDIZIONI DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA:

- HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- NON PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

E. SITUAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE:

- HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB) IN DATA _____
- NON HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB)
- PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018) DAL _____
- NON PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L. REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- FRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI/INTERVENTI:
 - INTERVENTI PER L'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE
 - ASSISTENZA DOMICILIARE
 - ALTRO _____
- NON FRUISCE DI ALCUN SERVIZIO/INTERVENTO

F. SITUAZIONE DI CURA/ASSISTENZA:

- ASSENZA DI FAMILIARI
- FAMILIARE CONVIVENTE ANZIANO/DISABILE _____
- RICHIESTA CURE DOMICILIARI SANITARIE
- CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): _____
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): _____
- MEDICO DI BASE _____

G. DI ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE RELATIVA AI DATI DICHIARATI INERENTI L'I.S.E.E. E LE CONDIZIONI DI DISABILITA'

ALLEGA ALLA PRESENTE IN BUSTA CHIUSA:

- 1) Copia certificazione sanitaria (l.104/92, art. 3 comma 3);
- 2) Copia verbale di riconoscimento di invalidità del 100%;
- 3) Valutazione del Medico/Pediatra M. G. su scheda S.V.A.M.A. sanitaria (all.2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);
- 4) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente
- 5) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del beneficiario

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Sig./Sig.ra _____, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessarie all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento DGPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del DGPR 679/2016

Firma
