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

Al Distretto Socio Sanitario D1

Comune Capofila Agrigento

Soggetto richiedente è disabile **grave**

Il/LaSottoscritta

.....

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 .....

di essere residente

a ..... Via ..... N .....

codice fiscale ..... tel. ..... cell.....

e-mail :.....

In qualità di beneficiario/familiare caregiver o tutore

.....

CHIEDE PER IL

(da compilare solo in caso caregiver o amministratore di sostegno/tutore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig.ra .....

di essere residente a ..... in via..... N.....

codice fiscale ..... tel. ..... cell.....

e-mail :.....

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. R.S. n. 589/2018.

A TAL FINE DICHIARA

che la propria famiglia è così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

COMUNE DI ARAGONA
Protocollo Interno N. 22015/2022 del 14-09-2022
Allegato 2 - Copia Documento

- che il **destinatario** per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):
  - ☐ non usufruisce di altri servizi ;
  - ☐ **usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da** .....

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

- Di essere consapevole che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Allega alla presente:

- fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e/o richiedente;
- attestazione ISEE Socio Sanitario (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2022 riferiti ai redditi 2021. Ai disabili gravi che producono un ISEE pari o superiore a € 25.000,00, le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura *"Contiene dati sensibili"*, i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;

Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi della L. 196/2013 e D.Lgs. n. 51/2018.

IL RICHIEDENTE

_____

COMUNE DI ARAGONA
Protocollo Interno N. 22015/2022 del 14-09-2022
Allegato 2 - Copia Documento