

Schema di domanda

Al Distretto Socio Sanitario n. 45

Comune di _____

Oggetto: DISABILITA' GRAVE - Richiesta Attivazione del Patto di Servizio per i Soggetti in possesso della Certificazione di cui alla Legge 104/92, Art. 3, comma 3 in applicazione all'art.3, comma 4, lett. b, del D.P.R.S. n. 589/2018. (D.R.S. 2154 del 04/12/2019, 1664 del 11/12/2020, D.R.S 2797 del 21/12/2021, D.R.S. 2758 del 20/12/2022 – Disabilità Grave) - (D.R.S 2123 del 19/10/2021 e D.R.S 1915 del 18/10/2022 – Disabilità Grave Maggiorenni).

Soggetto richiedente

Il sottoscritto _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000, art. 46 e 47, dichiara di essere:

nato a _____ il _____ codice fiscale _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

telefono/cellulare (consigliato per comunicazioni urgenti) _____

e-mail _____

Per se stesso;

In qualità di familiare _____ (specificare il grado di parentela /affinità)

in qualità di amministratore di sostegno /tutore /curatore

Del soggetto disabile, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92

Maggiorennne Minorennne

Nome _____ cognome _____

C.F: _____ Nato/a a _____ il _____

residente a _____ In via _____ n. _____

Telefono/cellulare _____

CHIEDE

L'attivazione del PATTO DI SERVIZIO ai sensi dell'art.3, comma 4, lett.b) del D.P.R.S. n. 589/2018, ai fini del beneficio di cui ai D.R.S. 2154 del 04/12/2019, 1664 dell'11/12/2020, D.R.S 2797 del 21/12/2021, DRS n. 2758 del 20.12.2022 – Disabilità Grave e ai D.R.S 2123 del 19/10/2021 e D.R.S 1915 del 18/10/2022 – Disabilità Grave Maggiorenni.

- Forma diretta
 Forma indiretta

A TAL FINE DICHIARA

Per il beneficiario per cui si chiede l'ammissione al servizio:

- Di aver preso visione, conoscere e accettare le condizioni previste nell'Avviso Pubblico;
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio possiede la certificazione di disabilità e non autosufficienza ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92 e di:

- non usufruire di altri servizi; (*)
 usufruire **dei seguenti servizi** di assistenza pubblica (*)

1. _____
2. _____
3. _____

(*) barrare la casella interessata)

- usufruire dei seguenti trattamenti Economici:

1. _____
2. _____
3. _____

- Di aver preso visione e di impegnarsi alla sottoscrizione del Patto di Servizio, di cui all'art. 3, comma 4, lett. b) del D.P.R. n. 589/2018.

Allega alla presente richiesta:

1. Copia (fronte/retro) del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente e della persona affetta da disabilità grave;
2. Attestazione ISEE socio-sanitario, in corso di validità (solo per le richieste relative ai disabili gravi maggiorenni)**)
3. Provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno /tutore /curatore;
4. Copia (con diagnosi) della certificazione attestante la disabilità grave art. 3, comma 3, legge 104/1992 in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili "se consegnata brevi manu;

Il sottoscritto è stato informato che ai sensi dell'art. 13 del regolamento GDPR 679/2016 e del codice in materia di protezione dei dati personali (cosiddetta Legge Privacy) _ Dlgs 196/2003 e ss.mm.ii.) il trattamento dei dati personali rilasciati riguarderà, esclusivamente, l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati saranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante

(**) In caso di certificazione ISEE sociosanitario pari o superiore ad euro 25.000,00, le prestazioni saranno ridotte del 30% (art. 3 comma 2 del D.P.R.S. n. 589 del 31/08/2018).