**OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio** secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018 ai sensi del D.R.S. n. 2154 del 4.12.2019 , del D.R.S. n. 1664 del 11.12.2020 disabili gravi adulti .

**Al Distretto Socio Sanitario 15**

 **Comune Capofila Bronte**

 **Viale Catania 10**

 **Bronte**

**Soggetto richiedente**

Il/La Sottoscritta

…...................................................................................................................................................................

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. n. 589/2018.**

**A TAL FINE DICHIARA**

che la propria famiglia è così composta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di Nascita** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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 del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e/o richiedente;

· attestazione ISEE Socio Sanitario (fatta eccezione per i soggetti minorenni) in corso di validità. 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.***

Data\_\_\_\_\_ IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_