

Al Comune di Belpasso  
Piazza Municipio  
Belpasso

Oggetto: istanza disabili gravi non autosufficienti ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/1992 – D.P. 589 del 31/08/2018

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel/cell. \_\_\_\_\_

- Per se stesso/a
- In qualità di \_\_\_\_\_ familiare caregiver
- In qualità di amministratore di sostegno
- In qualità di tutore
- Per la persona portatrice di disabilità grave \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

DICHIARA

Di essere affetto/a da disabilità grave ai sensi 3 dell'art. 3 comma legge 104/1992;

Alla presente allega:

- Copia della certificazione attestante la disabilità grave art. 3 comma legge 104/1992;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente o rappresentante legale
- Copia ISEE socio-sanitario in corso di validità per il disabile grave maggiorenne;

Belpasso, lì \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

Belpasso, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Dichiarazione di consenso

Il/La Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.lgs n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19. l'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.lgs. n.196/03.

In fede

### PATTO DI SERVIZIO

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 Distretto socio- sanitario 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 l. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con D.P. n. 589 del 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 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 in cui 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 Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Firma

---