



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

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

### CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2023

AL SIG. SINDACO

COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### ai fini della richiesta del Patto di Servizio a favore del disabile:

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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:

Nella qualità di:

- Diretto interessato    Familiare delegato    Amministratore di sostegno, Tutore, genitore

### DICHIARA

#### A. CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO:

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

#### B. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:

	NOME COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA	POSIZIONE LAVORATIVA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

**C. POSSESSO DI I.S.E.E. IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 N.159 E D.M. DEL 7/11/2014) CON VALORE DI € \_\_\_\_\_**

**D. POSSESSO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:**

- VERBALE DI DISABILITA' GRAVE (ART.3, C.3 L.104/92)
- VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE AL 100%
- VERBALE DI INVALIDITÀ AL 100% CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO
- S.V.A.M.A. sanitaria (all.2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);

**DICHIARA che il beneficiario si trova nelle seguenti condizioni di assistenza**

- RICONOSCIMENTO DELL' ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB) IN DATA \_\_\_\_\_
- RICHIESTA IN CORSO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 C.MA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018) DAL \_\_\_\_\_
- DI NON AVER RICHIESTO L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB)
- DI FRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI/INTERVENTI:
  - INTERVENTI PER L'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE
  - ASSISTENZA DOMICILIARE
  - CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): \_\_\_\_\_
  - ALTRO \_\_\_\_\_
- DI AVER RICHIESTO CURE SANITARIE DOMICILIARI
- DI CONVIVERE CON FAMILIARE ANZIANO/DISABILE
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): \_\_\_\_\_
- MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

**DICHIARA di essere consapevole e informato che il Patto di Servizio sarà sottoscritto su convocazione del Servizio Sociale del Comune di residenza**

*Firma*

\_\_\_\_\_

Allega:

- Copia documento di identità del beneficiario, in corso di validità
- Delega
- Atto di nomina Amministratore di sostegno/tutore
- Copia documento di identità in corso di validità del familiare delegato/Amministratore di sostegno /Tutore

**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 2023

#### DELEGA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### DELEGA

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**A sottoscrivere, in nome e per mio conto, la richiesta di Patto di Servizio per l'erogazione di servizi/interventi per la disabilità grave**

Luogo e Data

Firma Delegante

\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato