

C. ATTESTAZIONE I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014)

- INFERIORE A € 25.000,00 ANNUI
- SUPERIORE A € 25.000,00 ANNUI

D. RICONOSCIMENTO CONDIZIONI DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA:

- NON HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- NON HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- NON PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L. REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)

E. SITUAZIONE DI CURA/ ASSISTENZA:

- ASSENZA DI FAMILIARI
- FAMILIARE CONVIVENTE ANZIANO/DISABILE

- RICHIESTA CURE DOMICILIARI SANITARIE
- CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO):

- ALTRO SUPPORTO PRIVATO
(SPECIFICARE): _____
- MEDICO DI
BASE _____

F. DI ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE RELATIVA AI DATI DICHIARATI INERENTI L'I.S.E.E. E LE CONDIZIONI DI DISABILITA'

ALLEGA ALLA PRESENTE IN BUSTA CHIUSA:

- 1) Copia certificazione sanitaria (l.104/92, art. 3 comma 3);
- 2) Copia verbale di invalidità _____% ed indennità di accompagnamento (L.18/80; L.508/88);
- 3) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente
- 4) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del beneficiario

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessari all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza il Comune di Acireale al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative all'oggetto dell'istanza, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Dichiara inoltre di essere informato che Il titolare del trattamento dei dati raccolti è il Comune di Via PEC..... Il responsabile del trattamento è.....e-mail..... IL responsabile della protezione dei dati è e-mail

Firma

**CENSIMENTO PROGETTI INDIVIDUALI PER LA DISABILITA' GRAVE (ART.14 LEGGE 328/2000)
D.P.nr.589/GAB/2018 - D.P. 625/GAB/ 2018**

PATTO DI SERVIZIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al Distretto socio-sanitario di _____

- Presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e socio-sanitari;
- Censito dal Distretto Socio-sanitario/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 del D.P. 589 del 31/08/2018, esecutivo dell'art. 9 della L.R.8/2017 e s.m.i.;
Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R 445/2000 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 pr 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 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 al Distretto Sociosanitario/Comune di residenza ogni variazione di domicilio

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessari all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza il Comune di Santa Venerina al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative all'oggetto dell'istanza, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Dichiara inoltre di essere informato che Il titolare del trattamento dei dati raccolti è il Comune di Santa Venerina Piazza Regina Elena
PEC: protocollo@pec.comune.santavenerina.ct.it Il responsabile del trattamento è l'Assistente Sociale Roberta Di Natale e-mail assistentesociale@comune.santavenerina.ct.it IL responsabile della protezione dei dati è il dottor Ivan Masuzzo e-mail ivanmasuzzo@gmail.com

Firma
