**FONDO PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA**

**F.N.A. REGIONE \_ANNO 2024 \_ D. R. S. N.3770 DEL 16/12/2024**

**PATTO DI SERVIZIO**

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell’articolo 9 detta L.R. n. 8/17 e s.m.i.

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

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appartenente al Distretto socio-sanitario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) per se stesso

( ) in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome dell’assistito incapace/ interdetto/ inabile)

* 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 DP n. del 2018, esecutivo dell’articolo 9 della L.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 dei 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 c/o servizi:

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

1. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. “socio-sanitario”:

-INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui;

-SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui.

1. di accettare i seguenti servizi:

…………………………………………………………………….

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

1. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per l’erogazione del servizio;
2. 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;

1. 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;
2. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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