



## **DISTRETTO SOCIO SANITARIO 33**

### ***CEFALÙ COMUNE CAPOFILA***

Comuni di Cefalù, Campofelice di Roccella, Castelbuono, Collesano, Gratteri, Isnello, Lascari, Pollina, San Mauro Castelverde

Ufficio di Piano – C.so Ruggiero 139 – 90015 Cefalù (PA)

---

### **ALLEGATO A**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio Servizi Sociali

### **ISTANZA DI ACCESSO**

**Servizio di assistenza domiciliare (SAD) ed educativa domiciliare e di gruppo (SED) in favore di persone adulte con disabilità – erogazione a mezzo voucher sociale**

Piano di Zona 2013-2015 – 3ª annualità – Azione n. 1 – Distretto Socio Sanitario n. 33

#### **A) DATI DEL SOTTOSCRITTORE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_),

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ – C.A.P. \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_ – e-mail/PEC \_\_\_\_\_,

nella qualità di (barrare la casella che interessa):

- ☐ diretto interessato;
- ☐ tutore;
- ☐ curatore;
- ☐ amministratore di sostegno.

#### **B) DATI DEL BENEFICIARIO (se diverso dal sottoscrittore)**

Cognome e nome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_),

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ – C.A.P. \_\_\_\_\_.

## **CHIEDE**

chiede l'ammissione del beneficiario al servizio di cui al bando pubblico distrettuale in oggetto, con erogazione delle seguenti prestazioni (è possibile barrare entrambe le caselle):

Che in riferimento alla seguente richiesta è stato attivato un Patto di Servizio in data ..... per la quale si richiede di essere ammesso/a al servizio di cui al bando pubblico distrettuale in oggetto, con erogazione delle prestazioni previste dal relativo patto così di seguito specificate:

- ☐ Assistenza domiciliare (SAD);
- ☐ Educativa domiciliare o di gruppo presso centri di aggregazione (SED).

## **C) SCELTA DELL'ENTE EROGATORE**

Avvalendosi della facoltà di libera scelta prevista dal sistema di accreditamento, in sede di sottoscrizione del Piano Assistenziale Individualizzato, sarà formalizzata la scelta dell'ente che erogherà le prestazioni di servizio.

## **D) DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE**

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 del medesimo decreto, ai sensi degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000

## **DICHIARA**

- che il beneficiario ha età superiore ai diciotto anni;
- che il beneficiario è riconosciuto in condizione di disabilità ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, giusto verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_;
- che il beneficiario è residente nel Comune di \_\_\_\_\_, ricompreso nel Distretto Socio Sanitario n. 33;
- di essere a conoscenza che il servizio è erogato a titolo gratuito e che il voucher non è convertibile in denaro né cedibile a terzi;
- di essere a conoscenza che il monte ore assegnato è determinato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale in sede di Piano Assistenziale Individualizzato, in proporzione al numero degli ammessi e al bisogno rilevato;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali ogni variazione dei dati dichiarati;
- di aver preso visione del bando pubblico e di accettarne integralmente il contenuto.

## **E) DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- ☐ copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;
- ☐ copia del documento di riconoscimento del beneficiario, se diverso dal sottoscrittore;
- ☐ copia del verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi della legge n. 104/1992;
- ☐ copia del provvedimento di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno;
- ☐ altra documentazione sanitaria o sociale utile alla valutazione del bisogno:

- ☐ Composizione del nucleo convivente e presenza di un caregiver familiare, dati che l'art. 8 chiama l'UVM a valutare.
- ☐ Dichiarazione di eventuali altri servizi domiciliari o benefici già fruiti (ad esempio disabilità grave o gravissima, altri interventi distrettuali), per evitare sovrapposizioni.

#### **F) INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, riportata all'art. 11 del bando e disponibile presso gli uffici e sui siti istituzionali dei Comuni del Distretto, e di essere consapevole che i dati conferiti, compresi quelli relativi alla salute, sono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso al presente procedimento e che il loro conferimento è necessario ai fini dell'istruttoria dell'istanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del sottoscrittore

\_\_\_\_\_