



Al Distretto Socio Sanitario D24 - Capofila Piazza Armerina

per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Istanza per l'erogazione del beneficio alle persone con necessità di sostegno intensivo DISABILI GRAVI Legge 104/92 art. 3 comma 3 a valere sui sottoelencati Decreti della Regione Sicilia, dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, **N. 3770 del 16/12/2024** FNA Regione 2024 e **N. 4036 del 18/12/2025** FNA Regione 2025

**Soggetto richiedente (Caregiver e/o Amministratore)**

Il/ La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445, dichiara di essere:

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codicefiscale \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

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

in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di accedere all'erogazione del beneficio in favore delle persone con necessità di sostegno intensivo DISABILI GRAVI L. 104/92 art. 3 c. 3 finanziato a valere sui seguenti Decreti della Regione Sicilia, dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, **N. 3770 del 16/12/2024** FNA Regione 2024 e **N. 4036 del 18/12/2025** FNA Regione 2025, come da Avviso Pubblico.

#### Soggetto beneficiario

Cognome e Nome Disabile Grave: \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Gli uffici di ciascun Comune del Distretto, a seguito della presentazione delle istanze, provvederanno all'istruttoria e all'accertamento dei requisiti di ammissione delle persone con necessità di sostegno intensivo DISABILI GRAVI L.104/92 art.3c.3 e l' UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare dell' ASP) procederà all'elaborazione di un piano personalizzato e del relativo Patto di Servizio per l'avvio effettivo del servizio, tramite voucher da spendere presso le Cooperative iscritte al REDO del D24 con Determinazione n. 3203 del 05/11/2025 Sezione Inabili;

A tal fine,

### DICHIARA

che il beneficiario è in possesso della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;

che il beneficiario:

sceglie la seguente figura professionale:

- OSA
- OSS
- usufruisce di altri servizi di assistenza \_\_\_\_\_ erogati da \_\_\_\_\_;
- non usufruisce di altri servizi;

### Allega alla presente:

1. Certificazione di riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del disabile grave;
3. Copia provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore, ove presente;
4. Attestazione ISEE in corso di validità.

Piazza Armerina, \_\_\_\_\_

Firma Richiedente

\_\_\_\_\_

La Sig.ra/Il 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. 196/2003 e s.m.i, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione. 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, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art.19 del D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt.8, 9 e 10 del D.lgs. n.196/2003 e s.m.i.

Piazza Armerina, \_\_\_\_\_

Firma Richiedente

\_\_\_\_\_