



in qualità di:

- rappresentante legale del richiedente: (specificare se genitore di minore, tutore, procuratore, ecc. ....)
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela .....
- genitore di disabile adulto

**PREMESSO CHE:**

- in data..... di aver presentato la domanda per accedere al **Contributo di Solidarietà per la Disabilità;**
- in data ..... l'equipe distrettuale integrata sociosanitaria o il Dipartimento di Salute Mentale e Tossicodipendenze (solo per i pazienti psichiatrici e le persone affette da AIDS) ha provveduto alla definizione del Piano individualizzato di assistenza (PIA) e riabilitativo (PRI);
- il Distretto Sociale, preso atto dell'istruttoria, ha verificato i requisiti per l'accesso alla misura stabilendo la quota a carico dell'utente e la quota a carico del Contributo di Solidarietà regionale secondo il valore dell'**ISEE individuale** in base alla seguente modalità di compartecipazione: (**barrare una sola casella**)

**Utente inserito in strutture RESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di :**

- Valore ISEE individuale < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a zero , se in possesso dell'indennità di accompagnamento è pari a 16,00 euro/die;
- Valore ISEE individuale compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 10,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 26,00;
- Valore ISEE individuale compreso tra i 15.001-20.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 14,00 euro/die, se in possesso dell'indennità di accompagnamento si aggiungono i 16,00 euro/die arrivando così ad un totale massimo di euro 30,00;
- Valore ISEE individuale compreso tra i 20.001 e i 40.000 euro la quota di compartecipazione per l'utente è stabilita fino ad un massimo di 36,00/die (inclusa l'indennità di accompagnamento) in base alla tipologia di struttura e alla relativa tariffa.

**Utente inserito in strutture SEMIRESIDENZIALI, COMPARTECIPA alla spesa sociale nella misura di :**

- Valore ISEE individuale < o uguale a 12.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 4,00 euro/die;
- Valore ISEE individuale compreso tra 12.001-15.000: la quota di compartecipazione per l'utente è pari a 5,00 euro/die;

- Valore ISEE individuale compreso tra i 15.001-20.000: la quota di partecipazione per l'utente è pari a 7,00 euro/die;
- Valore ISEE individuale compreso tra 20.001 e 40.000 la quota di partecipazione è stabilita sino ad un massimo di 22,00 euro/die in base alla tipologia struttura e alla relativa tariffa

**CHIARA di:**

- a) essere a conoscenza che **l'ISEE**, presentato in allegato alla domanda **ha scadenza annuale e pertanto va rinnovato pena la decadenza del beneficio;**
- b) essere a conoscenza che **L'ISEE** può essere ripresentato, nel corso dell'anno di validità, nel caso in cui il nuovo valore ISEE sia più favorevole per l'utente;
- c) **sostenere la spesa a proprio carico pari ad euro \_\_\_\_\_ al giorno, fino ad un massimo di euro \_\_\_\_\_ mensili sulla base delle eventuali assenze come regolamentate dalla DGR 1031/2013 ed eventuali successive modificazioni, da corrispondere direttamente alla struttura secondo le modalità con la stessa concordate;**
- d) **ricevere su disposizione del Distretto Sociale l'importo di euro \_\_\_\_\_ al giorno a carico del Contributo di Solidarietà per la Disabilità, fino ad un massimo di euro \_\_\_\_\_ mensili sulla base delle eventuali assenze dalla struttura come regolamentate dalla DGR 1031/2013 ed eventuali successive modificazioni;**

**In merito precisa**

- di delegare in modo permanente la struttura alla riscossione della quota a carico del Contributo di Solidarietà;

**oppure in alternativa**

- di richiedere direttamente il contributo senza delegarne alla riscossione la struttura, consapevole che questo sarà riconosciuto a rimborso solo dopo l'esibizione al Distretto Sociale dell'avvenuto pagamento e a tal fine fornisce i seguenti dati:

- intestazione del conto del beneficiario o della persona delegata su cui effettuare l'accredito.....
- Istituto bancario.....
- Codice IBAN.....

- Nel caso di soggetto delegato alla riscossione presso l'istituto bancario diverso dall'intestatario del conto corrente, indicare altresì:

- Nome.....
- Cognome.....
- Codice fiscale.....

- e) **di essere a conoscenza che il suddetto Contributo di Solidarietà per la Disabilità non costituisce Livello Essenziale di Assistenza Sanitaria e che pertanto verrà erogato nei limiti della disponibilità delle risorse messe a disposizione della Regione Liguria;**

- f) di essere a conoscenza che il costo complessivo assunto dalla Pubblica Amministrazione per l'intervento di cui all'oggetto è, fatte salve eventuali assenze, pari ad euro \_\_\_\_\_ MENSILI, di cui euro \_\_\_\_\_ a carico del SSR ed euro \_\_\_\_\_ a carico del Contributo di Solidarietà per la Disabilità;
- g) essere a conoscenza che il Distretto sociosanitario competente si riserva di verificare, nei modi consentiti dalla legge ed avvalendosi anche di Autorità esterne, la veridicità delle dichiarazioni presentate;
- h) impegnarsi a dimostrare agli organismi distrettuali competenti, su richiesta degli stessi, la veridicità e la correttezza dei dati riportati nella presente richiesta;
- i) essere consapevole che qualora vengano meno le condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione del contributo economico, la sua corresponsione è interrotta e si potrà procedere al recupero di quanto indebitamente percepito;
- j) essere consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata comunicazione delle predette variazioni comportano, in ogni caso, l'applicazione delle sanzioni di legge, di cui all'art.76 del DPR 445/2000 e ss.mm., nonché il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite;
- k) essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione del contributo di solidarietà per la disabilità;

Il presente Patto Assistenziale viene trasmesso dal Distretto Sociale all'Ente Gestore della struttura residenziale o diurna frequentata dal beneficiario per opportuna conoscenza

Firma e Data .....

**Il beneficiario, confermato e sottoscritto**

Il beneficiario o il Legale Rappresentante/Il familiare/congiunto/legale rappresentante \_\_\_\_\_

Il Distretto Sociale \_\_\_\_\_

Il Direttore del Distretto sanitario \_\_\_\_\_