

ALL. "B"

FOGLIO INTEGRATIVO AL PATTO DI SERVIZIO

Il presente Patto di Servizio integra il precedente redatto e sottoscritto in data _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

dichiara di accettare:

ASSISTENZA DIRETTA

servizio erogato tramite Cooperativa Sociale iscritta all'Albo Reg.le ai sensi della L. R. n. 22/86.

ASSISTENZA INDIRETTA

a) soggetti accreditati di cui all'albo regionale delle Istituzioni socio-assistenziali pubbliche e private istituito ai sensi dell'articolo 26 della legge regionale 9 maggio 1986, n. 22 e successive modifiche ed integrazioni;

b) operatori iscritti al registro pubblico degli assistenti familiari, istituito con decreto dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro del 22 aprile 2010, ai sensi della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10 e successive modifiche ed integrazioni;

c) operatori OSA e OSS;

d) caregiver. Per caregiver si intende il familiare convivente entro il secondo grado di parentela o affinità ai sensi del titolo V del libro I del codice civile, che si prende effettivamente cura della persona con disabilità.

Indicare grado di parentela _____

Si dichiara di essere a conoscenza che nel caso di assistenza indiretta sarà ammessa nei limiti del costo del servizio a carico dei fondi alla disabilità grave previsti nel "Progetto personalizzato disabile grave" e sarà rendicontata con documentazione comprovante la spesa giustificativa (All 2 prot. n. 10921/servizio 7 Ass.to Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali e del Lavoro).

Data _____

Il Comune

Il Richiedente
