



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D10 AVVISO PUBBLICO

Disabilità grave

Visti:

- il D.P.R. 589 de 31/08/2018 che disciplina le modalità e i criteri di erogazione ai Distretti socio sanitari per gli interventi finanziari in favore dei disabili gravi;
- il DRS 2123 del 19/10/2021 relativo al riparto delle somme ai Distretti socio sanitari per l'erogazione del beneficio ai disabili maggiorenni gravi – FNA STATO- Anno 2017, con il quale è stata assegnata al Distretto D10 la somma di € 26.008,79;
- il D.R.S. n.1664 dell'1.12.2020 relativo al riparto delle somme ai Distretti Socio sanitari per l'erogazione del beneficio ai disabili gravi – Fondo per la disabilità per la non autosufficienza del Bilancio della Regione Siciliana ANNO 2020 con il quale è stata assegnata al Distretto D10 la somma di € 14.412,05;
- la L.R. 9 maggio 2017, n. 8 art.9 c. 1 di Istituzione del Fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 35 del 29/01/2019 che approva il "Programma attuativo del Fondo per la non autosufficienza annualità 2017" per interventi in favore delle persone di maggiore età non autosufficienti disabili gravi;
- la circolare del Dipartimento Famiglia servizio 5° prot. n. 42152 del 27.12.2018;

SI RENDE NOTO

Che i disabili gravi riconosciuti ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, non autosufficienti, residenti nei comuni del Distretto socio sanitario D10 possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del

comune di residenza per l'attivazione del Patto di Servizio (secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018) che individui forme di assistenza personalizzata a mezzo di erogazione di servizi territoriali, tramite la valutazione da effettuarsi per mezzo dell'U.V.M (Unità di Valutazione Multidisciplinare)

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà pervenire entro e non oltre il 31 dicembre 2021, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito dell'albo pretorio on line del proprio Comune.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento
- 2) la certificazione ISEE socio sanitaria (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati in corso di validità. Ai disabili gravi che producano un Isee pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- 3) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge n. 104/92 da presentare in busta chiusa.

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio- sanitaria) e si procederà alla presa in carico del disabile e all'elaborazione di un piano personalizzato (PAI) per l'individuazione di altre forme di assistenza . Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati .

Il responsabile dell'Area Amministrativa

(Dr. Antonina Cordaro)



PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 3/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente a Distretto socio-
sanitario di _____

- 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 del 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 e/o servizi:

.....
.....
.....
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:
 - INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui
 - SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;
3. di accettare i seguenti servizi:

.....
.....
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;
5. 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.
6. 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;
7. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di
slo m: e lio.



DISTRETTO SOCIO SANITARIO

OGGETTO: disabili maggiorenni gravi – richiesta Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018 per pagamento beneficio .

Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt _____

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:

nat_ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la

Sig.ra

nat _____ a _____

il

di essere residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente (maggiorrenne) ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;
- 3) Che il beneficiario non usufruisce dei benefici previsti dalla normativa vigente in favore dei disabili gravissimi;
- 4) Di essere a conoscenza che non sono previste erogazioni di somme in denaro

Allega alla presente:

- o Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- o Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- o Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

- o Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- o ISEE

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.L.gs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., 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.

L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L gs. N.196/03.

IL RICHIEDENTE
