

Distretto Socio - Sanitario n.31

COMUNI DI

SANT'AGATA DI MILITELLO - CAPOFILA

Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo D'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco D'Alunzio, San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici

AVVISO PUBBLICO

Disabilità grave

Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018

SCADENZA 12 APRILE 2019

Visti:

il D.P.R. 589 de 31/08/2018;

il D.D.G. 2394 del 26/11/2018

il D.D. 2538 del 6/12/2018

la circolare prot. n. 42152 del 27.12.2018- Dipartimento Regionale Famiglia e Politiche Sociali servizio 5° Fragilità e Povertà;

SI RENDE NOTO

Che i cittadini del Distretto Socio Sanitario n. 31 (Comuni di Sant'Agata di Militello, Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo D'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco D'Alunzio, San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici), disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, 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 a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

- La richiesta va presentata presso l'ufficio protocollo del comune di residenza entro e non oltre il **12.04.2019**, pena la non ammissione.
- Il modello dell'istanza, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza o scaricato dal sito www.santagatadimilitello.me.it.
- l'istanza dovrà essere corredata da:
 - 1) copia del documento di riconoscimento
 - 2) la certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni), rilasciata nell'anno 2019, dagli uffici ed organismi abilitati. 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 ;

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio- sanitaria) e si procederà alla presa in carico e

all'elaborazione di un piano personalizzato "... dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta, da ciò deriva, al fine di scongiurare sovrapposizioni o duplicazioni di interventi..." la definizione 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.

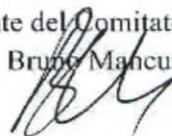
L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità .

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

Il Coord.re del D.S. S. n. 31
Ing. Giovanni Amantea



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Bruno Mancuso



Modello di Domanda

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018.

Al Distretto Socio Sanitario D31

Tramite il Comune di _____

Il/La sottoscritt _____,

nat. a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

pec _____

In qualità di:*

- beneficiario interessato
- familiare delegato
- rappresentante legale (specificare il titolo) _____

*barrare la casella di interesse

CHIEDE

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

per *Soggetto beneficiario*

Sig.ra/signor _____

nat. a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

_____ pec _____

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

A TAL FINE , 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, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente 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 ;

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

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- ISEE rilasciato nel corrente anno 2019, corredato da dichiarazione;

ed, inoltre:

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

Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, ai sensi dell' art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy 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 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/17 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 domicilio.