DISTRETTO SOCIO SANITARIO 36

Comuni: Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefalà Diana, Ciminna, Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia e Villafrati – Distretto Sanitario Misilmeri-ASP Palermo

AVVISO PUBBLICO

PER SOGGETTI CON DISABILITA GRAVE, ART.3 CO. 3 L.104/92, COMPETENZA 2019

VISTI
D.P.R. 589/2018
D.D.G. 2154/2019

I cittadini del Distretto Socio Sanitario 36 riconosciuti disabili gravi, ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92, in condizione di non autosufficienza, con esclusione dei soggetti beneficiari del contributo di disabilità gravissima (erogato dall'ASP-Palermo), nel periodo: 15/06/2020-15/07/2020 possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del Comune di residenza per l'attivazione del **Patto di Servizio che darà diritto ad un contributo economico,** secondo quanto previsto dal DDG 2154/2019.

POSSONO PRESENTARE ISTANZA

- Il soggetto portatore di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 L. 104/92;
- Il genitore del minore disabile;
- Il tutore o l' Amministratore di Sostegno in rappresentanza legale del disabile.

NON POSSONO PRESENTARE ISTANZA

I coniugi, i figli, i fratelli, i nipoti, ed altri gradi di parentela del disabile grave, che non siano riconosciuti tutori, amministratori di sostegno.

REQUISITI DI AMMISSIONE

- essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 L.104/92;
- essere in possesso della certificazione ISEE socio sanitario in corso di validità. Ai disabili gravi in possesso di certificazione ISEE socio sanitario pari o superiore ai 25.000,00 euro le prestazioni saranno decurtate del 30%.

ALLEGARE ALL'ISTANZA

-Certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;
-Certificazione ISEE in corso di validità;
-Copia della Carta di Identità in corso di validità del dichiarante e del disabile grave;
-Copia del provvedimento di nomina quale tutore o amministratore di sostegno ove siano richiedenti.

Il contribuo dovrà essere speso per migliorare le relazioni nel contesto di vita dell'utente medesimo, ad esempio: per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione a domicilio, frequenza di terapia cognitiva comportamentale, accudimento fisico, trasporto personalizzato per frequenza scolastica/lavoro/corsi di formazione, attività sportive (ippoterapia, nuoto,ecc.), frequenza centri aggregativi, ecc.
Il beneficio economico verrà erogato ai disabili dai Comuni di residenza, a seguito del trasferimento delle somme da parte del Comune capofila.
Il contributo verrà liquidato in due trance, la prima pari all'80%, la seconda trance pari al 20% verrà erogata a seguito della rendicontazione dei benefici acquistati e relativa alla spesa complessiva.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Dott.ssa Rosalia Stadarelli

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt_____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non rispondente al vero, ai sensi del D.P.R 28/12/200 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

□ Genitore del minore

□ Amministratore di sostegno/Tutore

CHIEDE DI ACCEDERE ALL'INTERVENTO DI DISABILITA' GRAVE 2019

(compilare solo in caso di familiare, tutore/amministrazione di sostegno)

Soggetto beneficiario Sig./_____

nat___ a _____ il _____

di essere residente a _____in via_____

n_____ codice fiscale_____ tel_____

cell_____ e mail_____

La sottoscrizione del Patto di Servizio (P.S.), ai sensi dell'art.3 comma 4 lettera b) del D.P 589/2018, non determina l'erogazione di prestazioni in assenza di finanziamento regionale.

Con la sottoscrizione del P.S., il beneficiario o tutore/amministratore di sostegno si impegna ad utilizzare le somme ricevute secondo quanto stabilito in sede di valutazione multidimensionale, ed altresì alla rendicontazione delle stesse somme.

Al tal fine dichiara:

- Che sottoscriverà il Patto di Servizio, in sede di valutazione con gli operatori del Distretto Sanitario.

REQUISITI DI AMMISSIONE

- essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 L.104/92;

- essere in possesso della certificazione ISEE socio sanitario in corso di validità. Ai disabili gravi in possesso di certificazione ISEE socio sanitario pari o superiore ai 25.000,00 euro le prestazioni saranno decurtate del 30%.

ALLEGARE ALL'ISTANZA

-Certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;

-Certificazione ISEE in corso di validità;

-Copia della Carta di Identità in corso di validità del dichiarante e del disabile grave;

-Copia del provvedimento di nomina quale tutore o amministratore di sostegno ove siano richiedenti.

Il Sig./ra _____ autorizza il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta. Ai ai sensi dell'art. 13 D.lgs n° 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C. vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario per gli scopi per il quale 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.Lgs n 196/03.

Luogo e data_____ Il Richiedente_____