



Distretto Socio Sanitario 39

Comuni di Bagheria, Ente Capofila, Altavilla Milicia, Casteldaccia, Ficarazzi e Santa Flavia

AVVISO PUBBLICO

PER SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE ART. 3 COMMA 3 L. 104/92

Il Coordinatore del Distretto Socio Sanitario 39

Responsabile Apicale della Direzione Politiche Sociali del Comune di Bagheria – Ente Capofila

VISTI:

D.P.R. 589/2018;

D.D.G. 2538/2018;

Circolare Dipartimento Famiglia Serv. 5°;

RENDE NOTO

che l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro ha provveduto ad assegnare al Distretto Socio Sanitario 39 le risorse economiche, a valere sul "Fondo Regionale per la disabilità e la non autosufficienza", destinate ai disabili gravi non autosufficienti ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Le risorse assegnate sono finalizzate, a seguito dell'accertamento delle dichiarate condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), alla presa in carico del soggetto da parte degli Uffici di Servizio Sociale del D.S.S. 39, e successiva elaborazione e sottoscrizione del **Patto di Servizio, che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.**

REQUISITI DI AMMISSIONE:

Possono presentare istanza i seguenti soggetti richiedenti:

- I portatori di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- I familiari residenti nei Comuni del DSS 39, nel cui nucleo anagrafico siano presenti disabili gravi;
- Gli Amministratori di Sostegno o i Tutori Legali in rappresentanza dell'interessato.

I beneficiari devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Essere stato dichiarato disabile grave ed essere in possesso della certificazione rilasciata dalle autorità competenti;
- Essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 39;
- Essere in possesso della certificazione ISEE socio-sanitario rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA:

L'istanza da compilare secondo apposito modello disponibile presso gli Uffici di Servizio Sociale e il sito web di ogni singolo Comune del Distretto Socio Sanitario 39, debitamente sottoscritta, dovrà essere corredata della seguente documentazione:

1. Certificazione di riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
2. Certificazione ISEE Socio-sanitario in corso di validità;
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e/o del disabile grave.
4. Copia provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore, ove richiedenti.

L'istanza dovrà pervenire **entro e non oltre il termine del 29.03.2019** al Protocollo Generale di ciascun Comune di residenza del destinatario dell'intervento.

Il presente Avviso con il modello di istanza è pubblicato sul sito web del Comune di Bagheria - Capofila del D.S.S. 39 e sui siti di tutti i Comuni del Distretto.

Bagheria, 28 febbraio 2019



Il Coordinatore
Distretto Socio Sanitario 39
Francesca dott.ssa Lo Bue

Francesca Lo Bue

Al Distretto Socio Sanitario 39 - Capofila Bagheria
per il tramite del Comune di _____

Oggetto: Istanza per la richiesta di attivazione Patto di Servizio in favore di soggetti, di cui dell'art.3 c.3 L.104/1992

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritto/a _____
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 :

nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____

in qualità di _____

CHIEDE

per il (da compilare solo in caso di familiare convivente/amministratore di sostegno/tutore)

Soggetto beneficiario

Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____, codice
fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

l'accesso ai servizi assistenziali, come previsto dal D.D.G. n.2538/2018, previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale del DSS39, che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza e previa sottoscrizione del Patto di Servizio in favore del soggetto beneficiario, sopra generalizzato, che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

A tal fine,

DICHIARA

che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

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

- Certificazione di riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- Certificazione ISEE Socio-sanitario in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e/o del disabile grave.
- Copia provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore, ove richiedenti.

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.Lgs. n. 196/2003 e smi, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione. 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 del D.Lgs. n. 196/2003 e smi.

L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt.8, 9 e 10 del D.Lgs. n.196/2003 e smi.

Il Richiedente