

# DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N. 29

L. 8.11.2000 n. 328

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Affermo, Pettineo, S.Stefano di Camastra Tusa e Reitano)

## Disabilità grave

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

### 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 del Dipartimento Regionale Famiglia e Politiche Sociali Servizio 5° Fragilità e Povertà

## SI RENDE NOTO

Che i cittadini del Distretto Socio Sanitario D 29 (Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta D'Affermo, Pettineo, Reitano, S.Stefano di Camastra e Tusa), 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.**

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il **29.03.2019**, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito istituzionale di ciascuno dei 7 Comuni del Distretto D/29.

Le istanze dovranno essere corredate da:

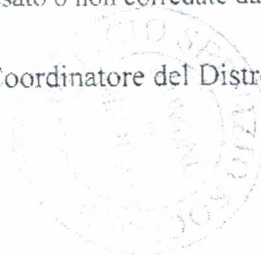
- 1) copia del documento di riconoscimento
- 2) certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- 3) verbale della 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 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 dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza dirette e/o indiretta. 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.

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 Coordinatore del Distretto Socio Sanitario D/29  
(Dott.ssa Angela Grillo)



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

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 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:

- 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;

Allega, altresì, 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

Ai sensi dell'art. 13 del D lgs 30/giugno 2003 n. 196, i dati acquisiti in esecuzione del presente avviso verranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono comunicati secondo le modalità previste dalla legge e dai regolamenti vigenti.

IL RICHIEDENTE

---