



UFFICIO DI PIANO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D.54

Comuni di:

**Castelvetrano, Campobello di Mazara, Partanna
Poggioreale, Salaparuta, Santa Ninfa, A.S.P.**

Piazza G. Cascino, 8 - Palazzo Informagiovani - 91022 Castelvetrano (TP)

AVVISO PUBBLICO

All. "A"

DISABILI GRAVI - FNA Anno 2021

Richiesta erogazione del beneficio secondo quanto disposto dal D.R.S. 2797/2021.

SCADENZA 02 DICEMBRE 2022

SI RENDE NOTO

Che ai sensi del D.P.R.S. n. 589/GAB del 31 agosto 2018, che disciplina le modalità e i criteri di erogazione ai Distretti Socio Sanitari per gli interventi finanziari in favore dei disabili gravi e del D.R.S. n. 2797/2021 della Regione Siciliana - Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro che prevede interventi in favore dei soggetti con disabilità grave, è possibile per gli stessi, facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 54 (Comuni di Castelvetrano, Campobello di Mazara, Partanna, Poggioreale, Salaparuta e Santa Ninfa), presentare, ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge n. 104/92, l'istanza per l'attivazione del Patto di Servizio che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

- La richiesta deve essere presentata presso l'ufficio protocollo del rispettivo comune di residenza entro e non oltre il **02 Dicembre 2022**, pena la non ammissibilità.
- Il modello dell'istanza è scaricabile dai siti web istituzionali di ogni comune del Distretto Socio Sanitario n. 54.

L'istanza dovrà essere corredata di:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Documentazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
3. Certificazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità;
4. Per i disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
5. Provvedimento di nomina (Amministratore di Sostegno o Tutore Legale).

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio - sanitaria).

Il presente AVVISO è pubblicato sull'Home page dei siti istituzionali dei Comuni appartenenti al Distretto socio-sanitario n. 54.

Castelvetrano 18/11/2022

Il Responsabile
F.to Avv. Simone Marcello Caradonna



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D.54

Comuni di:

**Castelvetro, Campobello di Mazara, Partanna
Poggioreale, Salaparuta, Santa Ninfa, A.S.P.**

Piazza G. Cascino, 8 - Palazzo Informagiovani - 91022 Castelvetro (TP)

UFFICIO DI PIANO

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 54 COMUNE DI _____

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel./cell. _____

DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000)

- di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992

Oppure:

- in qualità di _____ (familiare di riferimento)
 in qualità di amministratore di sostegno
 in qualità di tutore legale

che il/la sig. _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ via _____
n° _____ codice fiscale _____ è affetto da disabilità grave
riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

CHIEDE

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 Lett. b) del D.P.R.S. n. 589/2018.

Dichiara, altresì, di essere consapevole che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità (fatta eccezione per i minori) rilasciata dagli uffici e organismi abilitati dell'anno 2022 riferiti ai redditi 2021. Ai disabili gravi che producono un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- eventuale provvedimento di nomina amministrazione 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 104/92 art. 3 comma 3.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, in conformità alla vigente normativa sulla tutela della privacy.

Luogo e Data _____

Il Richiedente