



AVVISO PUBBLICO

PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA

Visto il D.M. 26/09/16

Visto il D.P. 532/2017

Visto il D.P. 545 del 10/05/17

Vista la L.R. n.8 del 09/05/17

Visto il D.P. 589 del 31/08/18

Visto il D.A. n. 113/Gab del 23/10/18

Visto il D.A. n.126/Gab del 13/11/18

In ottemperanza alla Circolare interassessoriale Regionale n°5 del 22/06/2021 (**Allegato A**), si informano i Cittadini che è possibile presentare istanza (**Allegato B**) per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima **"...o nel corso del primo semestre (1 gennaio - 30 giugno) o nel corso del secondo semestre (1 luglio - 31 dicembre)"**.

Il riconoscimento del beneficio è subordinato alla verifica e valutazione di ogni singola istanza da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) distrettuale dell'ASP, che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima, entro il 30 settembre (per domande presentate nel primo semestre dell'anno) ed entro il 31 marzo dell'anno successivo (per domande presentate nel secondo semestre dell'anno).

Requisiti minimi di accesso sono il riconoscimento dell'art. 3 c.3 L. 104/92 e dell'indennità di accompagnamento.

Documentazione da allegare:

- ✓ fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- ✓ fotocopia del 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;
- ✓ copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art. 3, comma3;
- ✓ copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- ✓ certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata valutata negativamente).

Si precisa che la documentazione sanitaria (verbale di riconoscimento dell'art.3 c.3 L. 104/92 e dell'invalidità con indennità di accompagnamento e eventuale altra documentazione integrativa) **va presentata esclusivamente in busta chiusa controfirmata sui lembi di chiusura.**

La busta sarà aperta solo alla 1° Commissione dell'UVM. In tale sede si provvederà alla stesura del verbale di ammissione/esclusione delle istanze pervenute al fine di programmare le visite per l'accertamento della sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima.

L'istanza può essere inoltrata o al Distretto Sanitario 33 in C.da Pietra Pollastra, Cefalù o all'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di Pollina.

Successivamente al riconoscimento, per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un Patto di Cura, redatto secondo lo schema del D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n 445/2000, in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

Il Responsabile del Procedimento
L'Assistente Sociale Specialista
Dott.ssa Daniela Tumeo

Daniela Tumeo



Il Sindaco
Dott. Pietro Musotto

Pietro Musotto

Allegato A

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



Assessorato della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro
Assessorato della Salute

Prot. n. 29760

Palermo, 22.6.2021

Oggetto: Art. 45 della legge di stabilità regionale 2021/2023, n. 9 del 15 aprile 2021 – Disposizioni alle Aziende Sanitarie Provinciali.

Circolare Interassessoriale n. 5/2021

Alle Direzioni Strategiche delle
Aziende Sanitarie Provinciali

L'art. 9, comma 5 bis, della legge regionale del 9 maggio 2017, n. 8, così come modificato dall'art. 30 della legge regionale del 8 maggio 2018, n. 8, ha previsto l'apertura dei termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico, per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima, di cui all'articolo 3 del Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Con successivo D.A. n. 126/Gab del 13 novembre 2018 dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, è stata disposta l'apertura dei termini di presentazione di cui sopra, dal 1 novembre al 31 dicembre di ogni anno.

L'art. 45 della legge di stabilità regionale 2021/2023 del 15 aprile 2021, n. 9 - Fondo regionale per la disabilità e per la non autosufficienza - ha aggiunto al comma 5 bis dell'art. 9 della legge regionale del 9 maggio 2017, n. 8 le parole: *le domande per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima devono essere presentate o nel corso del primo semestre dell'anno e trasmesse entro il 30 giugno o nel corso del secondo semestre e trasmesse entro il 31 dicembre di ogni anno.*

La presente Circolare, ai sensi di quanto disposto dall'art. 45 della legge di stabilità regionale 2021/2023, è emanata al fine di delineare le modalità di accesso e di riconoscimento del beneficio economico ai soggetti di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

L'art. 45 della citata legge regionale fissa l'apertura dei termini, per la presentazione delle domande, per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima, dal **1 gennaio al 30 giugno** e dal **1 luglio al 31 dicembre** di ogni anno.

Pertanto, l'istanza di accesso al beneficio economico deve presentarsi **“o nel corso del primo semestre (1 gennaio-30 giugno) o nel corso del secondo semestre (1 luglio-31 dicembre)”** mediante il modello (allegato 1), alla circolare assessoriale n. 21 del 3 dicembre 2018, dell'Assessorato della Salute. L'istanza deve essere presentata dagli interessati o loro familiari o rappresentanti legali, al PUA competente per territorio di residenza o presso il Distretto Socio Sanitario competente per territorio.

L'accesso al beneficio economico è subordinato alla verifica e valutazione di ogni singola istanza, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dell'Azienda Sanitaria Provinciale, che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima, di cui all'articolo 3 del Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016, relativamente al primo semestre, **entro il 30 settembre** e relativamente al secondo semestre, **entro il 30 marzo** dell'anno successivo. *

Per i soggetti nei confronti dei quali sia stato riconosciuto, attraverso la procedura di cui sopra descritta, lo *status di disabile gravissimo*, ex articolo 3 del Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016, **la percezione del beneficio**, previa sottoscrizione del Patto di Cura, da parte del beneficiario o del rappresentante legale, **decorre:**

- relativamente alle istanze presentate nel **primo semestre** dell'anno **dal 1 ottobre**
- relativamente alle istanze presentate nel **secondo semestre** dell'anno **dal 1 aprile dell'anno successivo.**

Per coloro i quali la procedura di verifica e valutazione di cui sopra, non dovesse concludersi entro i termini sopra richiamati, il beneficio economico sarà erogato solo dopo la conclusione del procedimento di valutazione, con riconoscimento, comunque, del beneficio da calcolarsi a far data dal **1 ottobre dell'anno in corso**, per le domande presentate entro il primo semestre e dal **1 aprile dell'anno successivo**, per le domande presentate nel secondo semestre dell'anno.

La presente circolare sarà inviata alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione per esteso in Parte I.

L'Assessore
per la Famiglia e Politiche Sociali e il Lavoro
Scavone

L'Assessore
per la Salute
Razza

* errore correggi: 31 marzo

ALLEGATO B

Al Comune di Pollina

**Al Distretto Sanitario n.33
C.da Pietra Pollastra - Cefalù**

OGGETTO: istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016 per l'applicazione dell'art. 9 della l.r. 8/2017 e ss.mm.ii. e del D.P.R.S. 31 agosto 2018, n.589.

SOGGETTO RICHIEDENTE

I/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 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nat ____ a _____ il _____ di essere residente a _____ in via _____ n. _____ codice fiscale _____ telefono _____ cell _____ e-mail _____

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale.

(Specificare il titolo) _____

SOGGETTO BENEFICIARIO

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario).

Sig./ra _____
nat ____ a _____ il _____ di essere residente a _____ in via _____ n. _____ codice fiscale _____ telefono _____ cell _____ e-mail _____

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

A TAL FINE DICHIARA

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
2. che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale;
3. di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, homecare premium e contributi economici);
4. () DI NON AVERE già presentato l' Istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
5. () DI AVERE già presentato l'Istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo;

solo in quest'ultimo caso:

- ✓ di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "Contenente dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico.

Allega alla presente:

- ✓ Fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- ✓ Fotocopia di 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 L. 104/92, art. 3, comma 3;
- ✓ copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- ✓ certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativamente.

Il/La Sig./Sig.ra _____ autorizza, ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 196/2003 e del Regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno 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. L'interessato può far valere nei confronti della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del DGPR 2016/679

IL RICHIEDENTE