



COMUNE DI POLLINA
Città Metropolitana di Palermo



P.I./C.F.: 00623750825

PEC: comunedipollina@pec.it

Piazza Maddalena, 1
tel. 0921425009 - fax: 0921425426

Prot. 10338 del 09 novembre 2020.

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

Si informano i Cittadini che è possibile presentare istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.

Requisiti minimi di accesso sono il riconoscimento dell'art. 3 c. 3 della L. 104/92 e dell'indennità di accompagnamento (la cui documentazione attestante dovrà essere obbligatoriamente allegata all'istanza, pena l'annullamento della stessa).

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare istanza, su apposito modello allegato entro e non oltre il **31/12/2020**, da inoltrare al Distretto Sanitario 33 in C.da Pietra Pollastra, Cefalù o all'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di Pollina.

I soggetti istanti saranno valutati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che dovrà certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima.

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



Il Sindaco
Dott. Pietro Musotto

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.rs. 31 agosto 2018, n.589.

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro 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 e che la stessa sia stata prodotta prima del 1 Novembre 2020.

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 D.GPR 2016/679

IL RICHIEDENTE
