



P.I./C.F.: 00623750825
PEC: comunedipollina@pec.it

COMUNE DI POLLINA
Città Metropolitana di Palermo
Primo Settore "AFFARI Generali ed Istituzionali"
Ufficio Attività Sociali



Piazza Maddalena, 1
tel. 0921425009 - fax: 0921425426

Prot. 10521
13 NOV. 2020

AVVISO PUBBLICO - DISABILITÀ GRAVE

- **Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 c. 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018.**
- **Censimento numero di Disabili Gravi del Distretto Socio-Sanitario 33.**

Visti:

- il D.P.R. 589 del 31/08/2018;
- il D.R.S. 2154 del 04/12/2019;

con il quale l'Assessorato Regionale alla Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, al fine della programmazione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le "Non Autosufficienze", ha provveduto ad assegnare la somma di riparto per l'anno 2019 pari ad € 75.314,27 per l'assistenza ai disabili gravi del D.S.S n. 33

SI RENDE NOTO

ai cittadini, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92 del Distretto Socio-Sanitario 33, che 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.

Si fa presente che la presentazione dell'istanza verrà utilizzata anche ai fini del Censimento dei Disabili Gravi, come richiesto dall'Assessorato Regionale.

Il modello per la presentazione dell'istanza, potrà essere ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza o scaricato dal sito istituzionale di questo Comune.

L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre le ore **12:00 del giorno 11 Dicembre 2020.**

Documentazione da allegare:

- 1) istanza come da apposito modello debitamente firmata e corredata;
- 2) copia del documento di riconoscimento;
- 3) certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati in corso di validità;
- 4) 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 diretta e/o indiretta.

Verrà data priorità a quanti non hanno beneficiato nell'anno precedente del medesimo intervento.

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 dalla documentazione sopra indicata.

Pollina, 13 novembre 2020.

Il Responsabile del Procedimento

L'Assistente Sociale Specialista

Dott.ssa Daniela Tumeo



Il Sindaco

Dott. Pietro Musotto

Spett. Comune di Pollina

Piazza Maddalena

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

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscrit _____
nat_ a _____ il ___/___/_____ residente a _____
_____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____
tel. _____ Cell. _____
e-mail _____

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo) _____

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

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)
Soggetto beneficiario

Sig./ra _____
nat_ a _____ il ___/___/_____ 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.

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.L.gs. n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., 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. L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L gs. N. 196/03.

Pollina, 13 novembre 2020.

Il Richiedente

PATTO DI CURA

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della l.r. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente
a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al Distretto socio-sanitario
di _____

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari;
- valutato dall'UVM ai sensi del D.M del 26 settembre 2016;
- classificato dall'UVM quale disabile gravissimo secondo quanto previsto dal D.M. 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. _____ del _____ 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.;

DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:
.....
.....
.....
.....
2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:
 - INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui
 - SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;
3. di volere accedere al contributo economico erogato dalla Regione siciliana ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. _____ del _____ 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i. salvo conguaglio dello stanziamento annuale da suddividere pro capite per l'anno 2018;
4. di utilizzare tale contributo esclusivamente per il benessere ed il miglioramento della qualità di vita del disabile secondo le necessità dello stesso, decidendo, anche in combinata, tra le seguenti opzioni:
 - a) soggetti accreditati di cui all'albo regionale delle Istituzioni socio-assistenziali pubbliche e private istituito ai sensi dell'articolo 26 della legge regionale 9 maggio 1996, n. 22;
 - b) operatori iscritti al registro pubblico degli assistenti familiari, istituito con decreto dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro del 22 aprile 2010, ai sensi della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10 e s.m.i.;
 - c) operatori OSA e OSS;
 - d) caregiver; per caregiver si intende il familiare convivente entro il secondo grado di parentela o affinità ai sensi del Titolo V del libro I del codice civile, che si prende effettivamente cura de/della sottoscritto/a e che di seguito si indica
 NOME.....
 COGNOME.....
 LUOGO E DATA DI NASCITA.....
 CODICE FISCALE.....
5. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dall'Azienda Sanitaria per l'erogazione del contributo;
6. di accettare il contributo, che dovrà essere accreditato secondo le modalità di seguito dichiarate:
 Beneficiario _____
 Luogo e data di nascita _____
 Codice Fiscale _____
 Conto Corrente intestato a _____
 IBAN _____

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione