

Prot. 4246
07 MAG. 2021



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 33

COMUNE DI POLLINA

AVVISO PUBBLICO

PIANO DI ZONA 2018-2019

AZIONE: ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

Vista:

la L. 328/2000 e D.Lgs 50/2016 e s.m.i

Visto:

il Piano di Zona 2018/2019, azione n. 2 Assistenza Domiciliare Disabili (servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio), con il quale viene assegnata la somma di riparto per l'anno 2018/19 pari ad € 157.030,02 per l'assistenza a 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 è aperta la presentazione delle istanze di richiesta di erogazione del **Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)** da erogarsi tramite voucher.

Le stesse possono essere presentate 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) per l'individuazione di forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

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.

L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre le ore **12,00 del giorno 28 maggio 2021.**

Documentazione da allegare:

- 1) Istanza come da apposito modello debitamente firmata e corredata dalla documentazione richiesta;
- 2) Copia del documento di riconoscimento;
- 3) Certificazione ISEE 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 alla fascia dell'utenza non destinataria di interventi e/o prestazioni garantite da altre fonti di finanziamento alla data di inizio della effettiva erogazione del servizio.

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.

Comune di Pollina, 07/05/2021



Il Responsabile del Primo Settore
Dott. Vincenzo Castiglia



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 33

COMUNE DI POLLINA

Disabilità Grave Adulti

Spett. Comune di Pollina

OGGETTO: L. 328/2000 - Piano di Zona 2018/2019, azione n. 2 Assistenza Domiciliare Disabili (servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio). Richiesta **Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)**.

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.r a _____ nat__a _____

il _____ residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

Cell. _____ e-mail _____

Di essere ammesso all'attivazione del Patto di **Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)**, ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018 in forma assistenziale impegnandosi alla sottoscrizione, che avverrà a seguito valutazione da parte della U.V.M.

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)

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.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE
