



DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D2

COMUNI: Alessandria della Rocca – Cianciana – San Biagio Platani – Santo Stefano

Quisquina

Comune capofila: Bivona

Tel. 0922 - 986382 – Fax n. 0922 983123

Disabilità grave

Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3, comma 4, lett. b) del D.P. n. 589/2018

SCADENZA 04/08/2020

Visti:

il D.P.R. 589 de 31/08/2018;

il D.D.G. 2394 del 26/11/2018

il D.D. 2538 del 6/12/2018

la circolare prot. n. 42152 del 27.12.2018 Dipartimento Regionale Famiglia e Politiche Sociali servizio 5° fragilità e povertà;

la nota regionale prot. n. 10921/Servizio 7 del 17/04/2020;

SI RENDE NOTO

Che i cittadini del Distretto Socio Sanitario D2 (comuni di Santo Stefano Quisquina, Bivona, Alessandria della Rocca, Cianciana, San Biagio Platani), disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, 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.**

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà pervenire **entro e non oltre il 04/08/2020**, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dalla home page del sito istituzionale di ciascuno dei cinque comuni del Distretto D2.

Le istanze dovranno essere corredate da:

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) la certificazione ISEE socio-sanitaria (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2020. Ai disabili gravi che producano un Isee pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- 3) 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 l'ufficio comunale dei servizi sociali di ogni Comune del Distretto provvederà insieme agli interessati alla redazione e sottoscrizione dei Patti di servizio secondo lo schema allegato al D.P. 589/2018 nonché alla contestuale comunicazione ed invio all'Unità di valutazione Multidimensionale di ciascun patto di Servizio sottoscritto.

L'ASP avvia la redazione del PAI.

Le domande già presentate dai cittadini a seguito di precedente Avviso, che prevedeva la scadenza del 19/04/2019, sono valide a condizione che venga prodotta l'Attestazione ISEE Socio- Sanitaria in corso di validità.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati.

Ai fini dell'aggiornamento del censimento delle persone in condizione di disabilità grave e gravissima si invitano i familiari a voler presentare istanza presso l'ufficio Servizi Sociali di ogni Comune facente parte del Distretto Socio-Sanitario per fornire le seguenti informazioni:

- Disabili gravissimi minori e non di cui all'art. 3 del decreto Ministeriale 2609/2016 con ISEE e ISEE Socio Sanitario;
- Disabili gravi minori e non di cui alla L.104/1992 art. 3 comma 3 con ISEE e ISEE Socio-Sanitario

Bivona li 20/07/2020

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Dott. M. Cinà

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

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Soggetto richiedente

Il/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. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

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

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

Soggetto beneficiario

Del/la Sig.ra _____

Nat ____ a _____ il _____

Di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta 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 impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di servizio di cui all'art.3, comma 4, lett. b) del D.P. n.589/2018.

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;
- Certificazione ISEE socio-sanitaria (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nel 2019.

Ai fini dell’aggiornamento del censimento delle persone in condizione di disabilità grave e gravissima (minori e non) dichiara:

- Che il sottoscritto nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ è affetto da disabilità gravissima riconosciuta ai sensi dell’art.3 del Decreto Ministeriale 26.09.2016;
- Che il sottoscritto nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente il/la Sig./ra nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ affetto da disabilità gravissima riconosciuta ai sensi dell’art. 3 del Decreto Ministeriale 26.09.2016;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente il Sig./ra nata a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____ affetto/a da disabilità grave riconosciuta ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3.

Segnare la tipologia di appartenenza

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del regolamento UE 2016/679.

IL RICHIEDENTE
