



*Comune di Isnello*  
*Città Metropolitana di Palermo*

## **AVVISO PUBBLICO**

### **DISABILI GRAVISSIMI**

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  
Visto l'art.45 della legge di stabilità regionale 2021/23 del 15 aprile 2021, n.9  
Vista la Circolare interassessoriale Regionale n°5 del 22/06/2021

#### **Si informano**

i cittadini che è possibile richiedere il riconoscimento della Disabilità Gravissima presentando istanza **entro il 31/12/2021** al Distretto Sanitario 33 in C.da Pietra Pollastra di Cefalù o all'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di Isnello.

**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, comma 3;
- copia del provvedimento che riconosce l'Invalidità Civile con 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. della L.104/92 e dell'Invalidità Civile con indennità di accompagnamento e/o altra documentazione integrativa) va presentata esclusivamente in busta chiusa controfirmata sui lembi di chiusura.

La busta sarà aperta dalla Commissione dell'U.V.M. 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.

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.

Isnello, 04 Novembre 2021

*Il Resp.le Ufficio di Servizio Sociale*  
*Dott.ssa Monica Banno*



*Il Resp.le del Servizio I*  
*Dott.ssa Cecilia Biasibetti*

Allegato 1

Al PUA/ Distretto Socio Sanitario di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 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 \_\_\_\_\_ 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 nato /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere attualmente residente in provincia di \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ 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)

Signor/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere attualmente residente in provincia di \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP 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 CHE

- 1 che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'art. 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 allegare autocertificazione ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo al titolo di esempio, home care 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  
 **DI AVERE** già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i 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'art. 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 GDPR 2016/679.*

IL RICHIEDENTE

---