



Comune di Isnello

Citta' Metropolitana di Palermo

Servizio I

AVVISO PUBBLICO

Disabilità Grave MINORI F.N.A. Stato – Anno 2017 -

- **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.S n. 589/Gab del 31.08.2018, 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", con il quale assegnata la somma di riparto per l'anno 2017 pari ad € 76.903,35 per l'assistenza a disabili gravi del D.S.S n. 33.

Viste:

le ulteriori risorse disponibili a valere dei diversi P. d Z. del Distretto Socio Sanitario D.33 con i quali sono previsti interventi di Assistenza a Disabili Gravi Minori del Distretto;

Pertanto

SI RENDE NOTO

Che i cittadini, disabili gravi in possesso della certificazione ai sensi **dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92** del Distretto Socio-Sanitario 33, sono invitati a 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 03 Dicembre 2021.**

Documentazione da allegare:

- 1) Istanza come da apposito modello debitamente firmata e corredata;
- 2) Copia del documento di riconoscimento;



Comune di Isnello

Città Metropolitana di Palermo

Servizio I

3) Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

L'erogazione del servizio avverrà a mezzo Voucher di servizio, e potrà prevedere sia prestazioni di Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) che Servizio di assistenza Educativa Domiciliare (SED). Ad ogni utente sarà assegnato un valore di Voucher per ore di assistenza che sarà determinato in relazione al numero degli utenti che hanno presentato la relativa istanza e sono stati valutati in possesso dei requisiti per accedere al servizio.

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.

Saranno assistiti tutti i richiedenti che risulteranno idonei in seguito alla verifica delle istanze presentate. L'erogazione del servizio avverrà solo dopo la valutazione da parte del Servizio Sociale Professionale Comunale nelle more della valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria).

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.

Isnello 23/11/2021



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO I

Dott.ssa Cecilia Biasibetti



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 33

MINORI Disabiliti Gravi

Spett. Comune di _____

OGGETTO: Minori Disabilità Grave D.R.S. 1664/2020 - Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018.

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 _____

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018 in forma assistenziale per l'erogazione dei servizi SAD e\o SED.

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 e 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;

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
