



Comune di Isnello

Città Metropolitana di Palermo

Servizio I (affari generali e legali)
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

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

Si rende noto che è possibile presentare istanza per l'accesso al beneficio economico, di cui alla normativa sopra citata, per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.

Possono presentare istanza i soggetti Invalidi Civili (in possesso dell'indennità di accompagnamento (ai sensi della L.n.18/80) e i soggetti portatori di handicap in possesso della gravità (art.3 comma 3, L.104/92)!

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare istanza, su apposito modello allegato entro il **31/12/2020**, da inoltrare al Distretto Sanitario 33 in C.da Pietra Pollastra di Cefalù o all'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di Isnello.

I soggetti istanti saranno valutati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che dovrà certificare la sussistenza delle condizioni o meno 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, 12.11.2020



IL SINDACO

Al Comune di Isnello

Corso Vittorio Emanuele, 14

Al Distretto Sanitario n.33 c.da Pietra Pollastra - Cefalù

OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER 1 NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ARTICOLO 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

I/la sottoscritt _____
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 nat ___ a _____ il _____ di essere residente a
_____ in via _____ n. _____ codice fiscale
_____ telefono _____ cell _____
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).

Sig./ra

nat ___ a _____ il _____ di essere residente a
_____ in via _____ n. _____ codice fiscale
_____ telefono _____ cell _____
e-mail _____

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione multidimensionale dell'A.S.P. 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

- I. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
- che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale.
 - di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, homecare 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 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 e che la stessa sia stata prodotta prima del 1 Novembre 2020.

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'articolo 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 DGPR 2016/679

IL RICHIEDENTE