



Comune di Isnello

Città Metropolitana di Palermo

Servizio I (Affari Generali e Legali)

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

AVVISO

Disabilità Grave

- **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. 589 del 31/08/2018;

il D.R.S. 2154 del 04/12/2019

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", ha assegnato la complessiva somma di riparto per l'anno 2019 pari ad € 75.314,27 per l'assistenza a disabili gravi del D.S.S n. 33.

SI RENDE NOTO

ai cittadini disabili gravi residenti nei comuni facenti parte del Distretto Socio-Sanitario 33, che ai sensi **dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92**, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del Comune 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 l' Ufficio Protocollo del Comune o scaricato dal sito istituzionale dell'Ente.

L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre le ore **12,00 del giorno 11 Dicembre 2020**.

La documentazione da allegare è la seguente:

- 1) Istanza come da apposito modello debitamente firmata e corredata;
- 2) Copia del documento di riconoscimento;
- 3) Certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) 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 a quanti non hanno beneficiato nell'anno precedente del medesimo intervento.

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.



Il Resp. dell'Ufficio Servizi Sociali
Dott.ssa Monica Bannò

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

OGGETTO: Disabilità grave - richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto

dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018 - Censimento

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscrit _____

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 delegato o di rappresentante legale
(specificare il titolo) _____

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

Soggetto beneficiario

Del/la Sig.r a _____ 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 aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;

Allega alla presente:

Comune di Cefalù Protocollo n. 0042000 del 22/11/2020

- 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.

IL RICHIEDENTE
