

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 36

Comuni: Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefalà Diana, Ciminna, Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia e Villafrati – Distretto Sanitario Misilmeri-ASP Palermo

AVVISO PUBBLICO

PER L'EROGAZIONE DEL BENEFICIO AI SOGGETTI DISABILI GRAVI MAGGIORENNI
(D.R.S. n.2123/2021 Assessorato Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali e del Lavoro)

I cittadini residenti nel Distretto Socio Sanitario 36, riconosciuti **disabili gravi maggiorenni**, ai sensi dell'art.3 comma 3, legge 104/92, in condizioni di non autosufficienza, nel periodo: **01/06/2022 – 30/06/2022**, possono presentare istanza presso il Comune di residenza per l'erogazione di un intervento, secondo quanto previsto dal D.R.S n. 2123/2021. *Le istanze presentate oltre il termine stabilito non verranno prese in considerazione.*

A seguito della presentazione dell'istanza verrà predisposto il **Patto di servizio** che dovrà essere sottoscritto dal beneficiario, dal Tutore o dall'Amministratore di sostegno e dal Comune. Si procederà infine ad erogare ai soggetti disabili gravi i rispettivi interventi pianificati, nel P.A.I., sottoscritto con l'Unità Valutativa Multidisciplinare (U.V.M), secondo due modalità di erogazione di servizi:

Assistenza Diretta:

- servizi di assistenza domiciliare, erogati da Ente del Terzo Settore iscritto all'Albo Regionale, sezione disabili, ai sensi della L. R. 22/86, al RUNTS (D.Lgs.117/17- D.M. 106 del 15/09/2020) e all'Albo distrettuale.

Assistenza Indiretta:

- attraverso l'erogazione di Voucher di servizio (Contributo economico), da rendicontare al Comune, quale titolo di spesa assegnato dall'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al beneficiario o al familiare del beneficiario, al fine di fruire di un determinato servizio (esempio: assistenza da parte di operatori OSS, OSA, trasporto personalizzato per frequenza di corsi di formazione, attività sportive, ippoterapia, nuoto, frequenza di centri socio - educativi).

POSSONO PRESENTARE ISTANZA

- Soggetti portatori di disabilità grave, art.3 comma 3, legge 104/92;
- il Tutore o Amministratore di sostegno del disabile grave.

REQUISITI DI AMMISSIONE

- essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 36;
- essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3, L.104/92;
- essere in possesso della certificazione ISEE, in corso di validità.
(Nel caso di reddito ISEE superiore ad € 25.000,00 il beneficio verrà decurtato del 30%).

NON POSSONO PRESENTARE ISTANZA

-I familiari del disabile grave **che non siano** riconosciuti Tutori o Amministratori di sostegno.

ALLEGARE ALL'ISTANZA

- Certificazione sanitaria, ai sensi art. 3 comma 3, legge 104/92;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia della Carta di Identità in corso di validità del dichiarante e del beneficiario;
- copia del codice fiscale del dichiarante e del beneficiario;
- copia del Decreto di nomina del Tutore o dell' Amministratore di sostegno.

Il beneficio economico verrà erogato ai minori disabili gravi dai Comuni di residenza, a seguito del trasferimento delle somme da parte del Comune capofila. Il contributo verrà liquidato in due tranches, la prima pari all'80%, la seconda tranche pari al 20% verrà erogata a seguito della rendicontazione dei benefici acquistati.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Dott. Rosario Rizzolo

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non rispondente al vero, ai sensi del D.P.R 28/12/200 n. 445, dichiara di essere:

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____ n.

codice fiscale _____ Tel.

cell _____ e mail _____

CHIEDE

DI ACCEDERE ALL'EROGAZIONE DEL BENEFICIO AI SOGGETTI MAGGIORENNI DISABILI GRAVI (D.R.S. n. 2123/2021 Assessorato della Famiglia e delle Politiche Sociali e del Lavoro).

In qualità di:

Tutore o Amministratore di sostegno del

Sig./Sig.ra

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____ n.

codice fiscale _____

Per ricevere:

- _____ ASSISTENZA DIRETTA
- _____ ASSISTENZA INDIRETTA

Al tal fine dichiara:

- che sottoscriverà il Patto di Servizio, in sede di valutazione con gli operatori del Distretto Socio Sanitario 36 e a realizzare quanto stabilito nel Piano Assistenziale individualizzato (P.A.I.)

REQUISITI DI AMMISSIONE

- essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3, L.104/92;
- essere in possesso della certificazione ISEE, in corso di validità.

ALLEGARE ALL'ISTANZA

- Certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia della Carta di identità in corso di validità del dichiarante;
- copia del codice fiscale del disabile grave che beneficerà dell'intervento.
- copia decreto di nomina del Tutore o dell'Amministratore di sostegno.

Il beneficiario è tenuto a conservare il numero di protocollo ai fini dell'esito dell'Istanza.

Il Sig./ra _____ autorizza il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta. Ai ai sensi dell'art. 13 D.lgs n° 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C. vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario per gli scopi per il quale 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.Lgs n 196/03.

Luogo e data _____ Il Richiedente _____