

**SI INFORMA CHE SONO RIAPERTI I TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE
ISTANZE PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER LE PERSONE CON
DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO 2017**

Art.3 D.M. 26/09/2016 (definisce i soggetti aventi diritto)

Circolare n. 21 del 03 12 2018

Nuovo modello di domanda

ELENCO SEDI dove presentare la domanda

Circolare ASP prot. n. 4357/u del 29/05/2019 - Aggiornamenti annuali

SCADENZA 31/12/2019

**Le domande per ottenere l'assegno di cura vanno presentate dall'1 Novembre al 31 Dicembre
2019 presso l'Azienda Sanitaria Provinciale.**

**L'importo dell'assegno varia in relazione ai parametri dell'ISEE.
Rientrano tra i disabili gravissimi coloro che possiedono i requisiti di cui all'art. 3 del D.M. 26
Settembre 2016.**

La procedura di valutazione dovrebbe concludersi entro l'1 Aprile 2020.

Le istanze possono essere presentate presso il Distretto Sanitario di competenza territoriale.

Occorre allegare:

**Invalidità civile (100% con indennità di accompagnamento)
verbale di legge 104/92 comma 3 art. 3 e se già in possesso del certificato dello specialista
che attesta che le condizioni del disabile rientrano nell'art. 3 comma 2 del D.M. 26/09/2016, è
consigliabile allegarlo altrimenti si dovrà comunque produrre al momento della verifica da
parte della commissione nominata a valutare le istanze.**

**Attenzione: Devono fare domanda soltanto coloro i quali non hanno mai presentato l'istanza o
coloro i quali, non essendo stati riconosciuti soggetti con disabilità gravissima, hanno avuto un
aggravamento delle condizioni di salute e adesso rientrano in tale categoria.**

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'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

Il/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).

Signor/a _____ nat _____ a
_____ il _____ di essere residente a
_____ in via _____ n. _____ 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'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

1. 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;
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 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 dicembre 2018.

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

SEDI PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE PER LA DISABILITA' GRAVISSIMA

Distretto	Indirizzo	
DISTRETTO 33 CEFALU	Contrada Pietra Pollastra	
DISTRETTO 34 CARINI	Corso Italia, 151	
DISTRETTO 35 PETRALIA	Contrada Sant'Elia	
DISTRETTO 36 MISILMERI	Corso G. Scarpello, 53	
DISTRETTO 37 TERMINI IMERESE	Via Ospedale Civico n° 10	
DISTRETTO 38 LERCARA FRIDDI	Via F. Cali	
DISTRETTO 39 BAGHERIA	Via B. Mattarella, 166	
DISTRETTO 40 CORLEONE	Via Don G. Colletto, 19	
DISTRETTO 41 PARTINICO	Largo Casa Santa	
DISTRETTO 42 PALERMO	PTA Biondo	Via G. La Loggia, 5
	PTA Casa del Sole	Via Sarullo, 19
	PTA Enrico Albanese	Via Papa Sergio I, 5
	PTA Guadagna	Via Giorgio Arcoleo, 25
	PTA Centro	Via Turrisi Colonna, 43



ASP
PALERMO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Dipartimento della Programmazione e della
Organizzazione delle Attività Territoriali e
dell'Integrazione Socio-Sanitaria

U.O.C Integrazione Socio-Sanitaria
U.O.S Coordinam. Attività Socio-Sanitarie L.N.328/2000

Via Pindemonte, 88 - 90129 - Palermo
Telefono - 091 7033242 - Fax - 091 7033238
E-MAIL- adidip@asppalermo.org
E-Mail- gdc328@asppalermo.org
WEB - www.asppalermo.org

Prot. 4357/0

Al Responsabile U.O. Comunicazione e Informazione
urp@asppalermo.org

Oggetto: "Disabili Gravissimi" avviso sul sito aziendale.

Come da accordi telefonici intercorsi, si chiede di pubblicare sul sito aziendale il seguente avviso riguardante i "DISABILI GRAVISSIMI".

A tutti i soggetti a cui è stata riconosciuta la condizione di "Disabilità Gravissima" e ai loro rappresentanti legali si comunica quali sono gli adempimenti essenziali per ottenere l'erogazione dell'assegno di cura ex L.R. n.4/2017 e non incorrere a sospensione dello stesso:

- 1) Dichiarazione di responsabilità ai sensi del D.P.R.445/2000 di cui al D.P.R.S.589/2018 Allegato alla Circolare assessoriale n.17 del 13/09/2018, pubblicato sulla GURS del 14-9-2018 - Parte I n. 40.
- 2) Aggiornamento annuale della dichiarazione ISEE per l'anno di riferimento;
- 3) Qualsiasi variazione rispetto alla dichiarazione di responsabilità, ivi compresa la comunicazione tempestiva di eventuali ricoveri o del decesso.
- 4) Ai nuovi inclusi occorre far sottoscrivere il "Patto di Cura" allegato al DPRS 589/2018.

Quanto dichiarato sarà sottoposto a verifica da parte della ASP e per quanto concerne la dichiarazione ISEE anche dagli organi competenti.

Il Responsabile U.O.S
Dott. Salvatore Vitello

