



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO
N. 30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - L ibrizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino -
Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

Prot. n.

8635

Patti, li 27/03/2019

OGGETTO: Avviso pubblico rivolto alle persone disabili gravi per l'attivazione Patto di servizio.

COMUNE DI BROLO
PROTOCOLLO GENERALE
N.0004977 - 28.03.2019
CAT. CLASSE 0 ARRIVO

Ai Responsabili
dei servizi Sociali
e p. c. Ai Signori Sindaci
dei Comuni
del Distretto Socio Sanitario n. 30

Loro sedi

Si trasmette l' Avviso Pubblico, unitamente agli allegati, per la presentazione delle istanze da parte degli aventi diritto.

Si comunica che le stesse, complete di tutti gli allegati, dovranno pervenire al Comune Capofila subito dopo la scadenza del 30/04/2019 per poter procedere con i successivi adempimenti.

Rimanendo in attesa di cortese riscontro, si porgono cordiali saluti.



Il Coordinatore Gruppo Piano D30
Dott.ssa Marcella Gregorio



Distretto Socio - Sanitario D30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - L ibrizzi - Montagnarcale - Oliveri -
Piraino - Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

Disabilità grave

Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018

Visti:

- *il D.P.R. n. 589 del 31/08/2018;*
- *il D.D.G. n.2394 del 26/11/2018;*
- *il D.D. n.2538 del 06/12/2018;*
- *la circolare N. 42152 del 27.12.2018 dell'Assessorato della Famiglia delle politiche Sociali e del Lavoro, Servizio 5°;*
- *l'Avviso pubblico del 09/01/2019 finalizzato al censimento delle persone in condizioni di disabilità grave, residenti nel territorio distrettuale, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992,*

SI RENDE NOTO

che i cittadini , residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 30, disabili gravi ai sensi della legge 104/1992, art.3, comma 3, possono presentare apposita istanza per l'attivazione del patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett.b) del D.P. 589/2018 che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

Alla domanda deve essere allegata:

-la certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00, le prestazioni saranno ridotte del 30%.

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992, con allegata dichiarazione che trattasi di copia conforme all'originale ;

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Il modello dell'istanza può essere scaricato dal sito istituzionale dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario n.30 oppure ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali e deve essere consegnato all'Ufficio Protocollo del Comune di rispettiva residenza, **entro il 30.04.2019.**

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni da parte dell'UVM- Unità di valutazione Multi dimensionale- al fine della presa in carico e dell'elaborazione di un piano personalizzato del disabile dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta. Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione .

Patti, li 27.03.2019

Il Coordinatore del Gruppo Piano
Dott.ssa Marcella Gregorio



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Avv. Giuseppe Mauro Aquino

Al Comune di _____
c/o Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Disabilità grave- richiesta attivazione patto di servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente in via _____
Telefono _____

DICHIARA

- ☐ Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge n.104/92;
- ☐ Che nel proprio nucleo familiare come appreso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, il/la Sig. _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge 104/92;

DICHIARA, altresì:

- ☐ Di essere in possesso di Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.
- ☐ Di essere in possesso di Certificazione ISEE in corso di validità

Allega alla presente istanza:

- ☐ Certificato di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge n.104/92;
- ☐ Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave);

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla redazione di un Piano personalizzato ex art.14 Legge 328/2000 e s.m.i. ed alla sottoscrizione del patto di servizio allegato al D.P.R.S. 31/08/2018.

Luogo _____ Data _____

FIRMA
