



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)

AVVISO PUBBLICO
DISABILI GRAVISSIMI

Visto il D.M. 26 settembre 2016

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

COMUNE DI BROLO
PROTOCOLLO GENERALE
N.0020333 - 11.11.2019
CAT. CLASSE 0 ARRIVO

Si informano i cittadini che è possibile presentare istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.

Requisiti minimi di accesso sono il riconoscimento dell'art.3 c.3 L.104/92 e dell'indennità di accompagnamento

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza, sul modello allegato, dal **01/11/2019** al **31/12/2019** da inoltrare al Comune di appartenenza o all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente.

I soggetti istanti saranno valutati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che dovrà certificare la sussistenza delle condizioni 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.

I servizi sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze si provvederà alla sospensione del beneficio economico.

Patti, lì 08.11.2019



Il Responsabile del I Settore
Coordinatore del Distretto n.30
Dott.ssa Marcella Gregorio

Comune 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

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

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 D.GPR 2016/679.

IL RICHIEDENTE