



COMUNE DI BROLO
PROTOCOLLO GENERALE
N.0008095 - 01.06.2017
CAT. CLASSE 0 ARRIVO

Pr. 2834/17

Azienda Sanitaria Provinciale di Messina
Distretto Sanitario di Patti

Prot. n. 5151

Patti, li 01 GIU. 2017

OGGETTO: Istanze beneficio economico per le persone con disabilità gravissima.
Decreto Presidente Regione Sicilia 10.05.2017.

Ai Sigg. Sindaci dei Comuni
del Distretto Sanitario di Patti
LORO SEDI

Responsabile Ufficio Servizi Sociali
Distretto Socio-Sanitario D30
Comune Capofila PATTI

p.c. Responsabile Staff Direzione Generale
ASP di Messina

Direttore UOC A.S. Pazienti Fragili
ASP di Messina

Unitamente alla presente, si trasmette la nota dell'Assessorato della Salute prot. n. 45033 del 31.05.2017, concernente l'oggetto, corredata da tutti i suoi allegati.

In relazione a quanto in essa contenuto, nell'ambito di una collaborazione tesa ad agevolare il più possibile la fascia d'utenza interessata, si invitano le SS.LL. a disporre:

- di dare massima pubblicità all'avviso;
- di invitare i disabili che hanno già presentato l'istanza di cui in oggetto (che va presentata sia ai Comuni che all'ASP) ad integrare la stessa con le dichiarazioni e i documenti mancanti secondo quanto previsto nel modulo dell'Assessorato.

Ringraziando per la collaborazione, l'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
(Dott. Francesco Catalfamo)

- STAFF
- uol Tizeli
- di Distretto Sanitario
- di Canolo per le pubblicazioni
sul sito elettronico

21/5/17
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
STAFF DIREZIONE GENERALE
Dr. Carmelo Criscicelli

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

IL DIRIGENTE GENERALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
MESSINA
DISTRETTO DI PATTI
01 GIU. 2017
Prot. N. 5135

Prot. n. 45033

Palermo, 31 MAG 2017

Oggetto : Applicazione DPRS n. 545 del 10/05/2017 – Istruzioni operative.

Ai Direttori Generali delle AA.SS.PP.

e p.c. All'On.le Presidente della Regione

All'Assessore della Salute

All'Assessore della Famiglia e delle
Politiche Sociali e del Lavoro

Al Dirigente Generale della Famiglia
e delle Politiche Sociali

Loro Sedi

A seguito dell'Avvenuta pubblicazione sul Supplemento ordinario n. 18 alla GURS n. 22 del 26/05/2017 del D.P.R. in oggetto e della Circolare 24/05/2017 si invia, per uniformità di "modus operandi", il fac-simile di richiesta da farsi compilare dagli interessati e l'avviso da pubblicizzare a cura delle AA.SS.PP. in indirizzo.



Il Dirigente Generale
Salvatore Giallone

Via M. Vaccaro, n° 5 - 90145 Palermo - Tel. 091 7079296 - 091 7079310 - Email: dirigentegen.sanita@regione.sicilia.it

AVVISO

SI INFORMA CHE SONO APERTI 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 E AL D.P. 532 DEL 31 MARZO 2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO SUL S.O. N. 18 ALLA G.U.R.S. N. 22 DEL 26 MAGGIO 2017.

I FAMILIARI DEI DIRETTI INTERESSATI O LORO RAPPRESENTANTI LEGALI DEVONO PRESENTARE ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO CONGIUNTAMENTE AL COMUNE DI APPARTENENZA ED ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE TERRITORIALMENTE COMPETENTE ENTRO IL 26 GIUGNO 2017.

L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO, PREVISTO DALLE NORME CITATE, E' SUBORDINATO ALLA VERIFICA DA PARTE DELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'A.S.P., CHE DOVRA' ACCERTARE LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART.3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 E PREVIA FIRMA DEL PATTO DI CURA IN FAVORE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO.

L'ISTANZA DOVRA' ESSERE EFFETTUATA COMPILANDO L'APPOSITO MODULO ALLEGATO AL PRESENTE AVVISO.

RESTANO VALIDE LE ISTANZE GIA' PRESENTATE A FAR DATA DAL 11 MAGGIO 2017 (DATA DI PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO VIA WEB) CHE DOVRANNO ESSERE INTEGRATE DELLA DOCUMENTAZIONE MANCANTE PREVISTA NEL PRECITATO MODULO.



Al Comune di _____

All'A.S.P. di _____

Oggetto: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532 DEL 31 MARZO 2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO SUL S.O. N. 18 ALLA G.U.R.S. N. 22 DEL 26 MAGGIO 2017.

Soggetto richiedente

II/La sottoscritt _____
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 familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo) _____

CHIEDE PER IL**Soggetto beneficiario**

del/la Sig./ra _____
nat ____ a _____ il ____
di essere residente a _____ in via _____
n° _____ codice fiscale _____
tel.: _____ cell. _____
e-mail _____

L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO, PREVISTO DALLE NORME IN OGGETTO, PREVIA VERIFICA DA PARTE DELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'A.S.P., CHE DOVRA' ACCERTARE LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART.3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 E PREVIA FIRMA DEL PA'TO DI CURA IN FAVORE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO SOPRA GENERALIZZATO.

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ CHE IL BENEFICIARIO È IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104;
- ☐ CHE IL BENEFICIARIO È IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE CON RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO;

E RITENENDO

- ☐ CHE PER IL BENEFICIARIO SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016 IN QUANTO TROVASI IN ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI (barrare la casella interessata):
- ☐ A) in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- ☐ B) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/7gg);
- ☐ C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- ☐ D) con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- ☐ E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- ☐ F) con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- ☐ G) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- ☐ H) con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER) ≤ 8 ;

☐ I) in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

☐ DI IMPEGNARSI SIN DA ORA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI CURA DI CUI ALL'ALLEGATO 1 AL D.P.R. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

Allega alla presente:

- ☐ fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente;
- ☐ fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- ☐ eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore.

Allega altresì in busta chiusa non la di cui

- ☐ copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art 3 comma 3;
- ☐ copia (con diagnosi) della certificazione di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- ☐ certificazione medica comprovante la presenza dei requisiti di cui alla lettera I).

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.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'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, finalizzato all'espletamento della procedura cd è regolata dall'art. 19. L'interessato può far valere nei confronti dell'A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/06.

IL RICHIEDENTE

2