



I Dipartimento
Servizi Sociali

CITTA' DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D20

(PALAGONIA, SCORDIA, MILITELLO V.C., RADDUSA, RAMACCA, CASTEL DI IUDICA)

CENSIMENTO PER PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVE

Vista la legge regionale n.4 dell'1 marzo 2017, art.1, di "Istituzione del Fondo regionale per la disabilità";

Vista la legge regionale n.8 del 9 maggio 2017 ed in particolare l'art.9 che ha istituito il "Fondo regionale per la disabilità e la non autosufficienza", successivamente modificato ed integrato dall'art.30 della legge regionale n.8 del 8 maggio 2018;

Visto il D.P.R. n.589 del 31 agosto 2018 che definisce i nuovi criteri di erogazione degli interventi finanziari a valere sul "Fondo regionale per la disabilità e non autosufficienza";

Vista la nota prot. 42152 del 27/12/2018 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con la quale si invitano i distretti ad attivarsi per la predisposizione di avvisi per l'individuazione di soggetti con disabilità grave, la cui non autosufficienza è valutata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale

SI INVITANO

le famiglie, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D..20, nel cui nucleo familiare siano presenti disabili gravi, riconosciuti tali ai sensi della legge 104/1992, art.3, comma 3, a presentare apposita istanza nella quale, **ai soli fini del censimento**, viene dichiarato il possesso del requisito.

Alla domanda deve essere allegata:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n.104/1992;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Si allega il modello dell'istanza, che debitamente compilato, deve essere consegnato all'Ufficio protocollo del Comune di rispettiva residenza **entro il 15 FEBBRAIO 2019.**

Palagonia, 14.01.2019

Il Capo Dipartimento
f.to Dott. Salvatore Strazzieri

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Istanza per persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n. 104/92.

Il /La Sottoscritto/a _____ nato/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 è presente il /la Sig. _____
Nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n.104/1992;

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:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n. 104/1992;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave);

Luogo _____ Data _____

FIRMA
