



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



AVVISO PUBBLICO

DISABILITA' GRAVE

Fondo Regionale per la disabilità e per la non autosufficienza di cui al D.R.S. n. 1664 del 11.12.2020 emesso dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro

PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO PER I SOGGETTI IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI CUI ALLA LEGGE 104/92 ART. 3, COMMA 3 IN APPLICAZIONE AL D.P.R.S. N. 589/2018.

IL COORDINATORE DEL GRUPPO PIANO

Rende noto che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze da parte dei residenti nel Distretto Socio Sanitario D20, comuni di Palagonia, Castel di Iudica, Militello in Val di Catania, Raddusa, Ramacca, Scordia, per l'erogazione dei servizi socio assistenziali rivolti ai **DISABILI GRAVI** in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92.

I beneficiari de presente avviso sono:

- I soggetti affetti da disabilità grave in possesso della certificazione di cui alla legge 104/92 art. 3, comma 3;

L'accesso al beneficio delle prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie nei limiti dello stanziamento di Bilancio Regionale 2020 di cui al D.R.S. n. 1664 del 11.12.2020, è subordinato alla verifica delle condizioni del grado di non autosufficienza del soggetto da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale o dell'unità operativa dell'Asp-CT Neuropsichiatria Infantile Adolescenza ed all'elaborazione di un piano personalizzato ai sensi dell'art. 14 della legge 328/2000, nonché sottoscrizione del Patto di Servizio atto ad individuare le prestazioni erogate o erogabili al beneficiario, ovviamente nei limiti delle risorse disponibili.

Il Servizio Sociale di ciascun comune del Distretto Socio Sanitario D20 di appartenenza provvederà alla verifica dei dati forniti a mezzo delle autorità competenti.

L'istanza e il patto di servizio di cui ai moduli allegati al presente avviso, dovranno essere inoltrati all'Ufficio Protocollo o a mano presso l'Ufficio URP del proprio comune di residenza entro il giorno 30.04.2021.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- La certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici abilitati nell'anno 2021. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- Documentazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92, da presentare in busta chiusa;
- Patto di Servizio firmato e compilato, (All. n.1);

Non verranno accolte le istanze presentate oltre il termine sopra indicato.

Successivamente di concerto con l'Unità di Valutazione Multidimensionale o con l'unità operativa dell'Asp-CT Neuropsichiatria Infantile Adolescenza, saranno definiti i Piani di Assistenza Individuali per dare esecuzione alle prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie previste dal Fondo Regionale per le non



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



Autosufficienze, e sarà data comunicazione ai soggetti beneficiari del servizio in parola per la conseguente scelta della cooperativa che effettuerà il servizio.



Il Coordinatore del Gruppo Piano del
Distretto Socio Sanitario D20
(Ing. Giuseppe Quattrocchi)

Comune di Militello in Val di Catania Prot. 0006689 del 07-04-2021 in arrivo



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL
COMUNE DI _____
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

L sottoscritt _____ nat_ a _____

Il ___ / ___ / ___ e _____ nat_ a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____, oppure se impossibilitato

L sottoscritt _____ nat_ a _____

Il ___ / ___ / ___ e _____ nat_ a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, tel. _____

email _____, in qualità di _____

per conto e nell'interesse del soggetto destinatario del beneficio,

CHIEDE PER

Sig./ra _____ nat_ a _____

Il ___ / ___ / ___ residente a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____, tel. _____

email _____

La predisposizione del Patto di Servizio ai sensi del D.P. n. 589/18

A TAL FINE DICHIARA

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000,

Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92;

di aver preso visione dello schema del Patto di Servizio allegato alla presente istanza;

Allegati:

- Fotocopie del documento di identità del rappresentante legale e del beneficiario;
- Eventuale documento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del Patto di Servizio compilato e firmato, (All. n.1);
- Certificazione ISEE in corso di validità (se maggiorenne);



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



Si allega altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili":

- Copia (con diagnosi) della certificazione di disabilità grave di cui alla legge 104, art. 3, comma 3.

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Data e luogo _____

Il Richiedente



COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



All. n.1

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del decreto attuativo dell'art.9 della L.R. n.8/17 e s.m.i.

L sottoscritt _____ nat_ a _____

il ___/___/___, residente a _____ in via _____ n. _____

C. F. _____, appartenente al Distretto Socio Sanitario D20

di _____, oppure se impossibilitato

L sottoscritt _____ nat_ a _____

il ___/___/___, residente a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ nella qualità di _____/Rappresentante

Legale per conto e nell'interesse del soggetto destinatario del beneficio

classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92,

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione

falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000,

ai sensi del Decreto attuativo emesso con D.P. n. 589/18, art.9 della L.R. n.8/17 e s.m.i.

DICHIARA

che il proprio ISEE (se maggiorenne) è:

- Inferiore a venticinquemila/00 euro annui;
- Superiore o Uguale a venticinquemila/00 euro annui;

1- Di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

2- Di accettare i servizi derivanti dalla valutazione che si farà in sede di verifica dei documenti prodotti:

3- Di rispettare tutti gli adempimenti del Distretto Socio Sanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;



COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

4- Di essere a conoscenza che il Distretto Socio Sanitario/ Comune di Residenza, potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento per verificare periodicamente le condizioni di assistenza al disabile;

5- Di essere consapevole che nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio, il Distretto Socio Sanitario/Comune di Residenza, si riserva di sospendere l'erogazione del servizio;

6- Di comunicare al Distretto Socio Sanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Firma
