



DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34
Carini, Capaci, Isola delle Femmine, Cinisi, Torretta, Terrasini

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. 589 del 31/08/2018;

il D.D.G. 2394 del 26/11/2018

il D.D. 2538 del 6/12/2018

la circolare del Dipartimento Famiglia servizio 5° prot. n° 42152 del 27.12.2018 e nota tecnica prot. n° 7957 del 06.03.2019;

SI RENDE NOTO

Che i cittadini residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario n° 34, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, non autosufficienti, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del comune di residenza per l'attivazione del Patto di Servizio (secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018) **che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.**

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il **10.05.2019**, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento;
- 2) la certificazione ISEE socio-sanitario (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%;
- 3) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92 ;
- 4) fotocopia del verbale d'invalità civile (con diagnosi).

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio- sanitaria) e procedere alla presa in carico del disabile e all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza dirette 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.

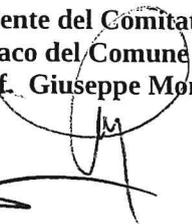
L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità .

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati .

Informativa Regolamento Europeo. I dati personali raccolti :

- saranno trattati esclusivamente in funzione e o per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento 679/2016;

Il Coordinatore del Distretto Socio-Sanitario n° 34
D.ssa  Gallina

Il Presidente del Comitato Dei Sindaci
Sindaco del Comune di Carini
Prof.  Monteleone

L'Assessore ai Servizi Sociali


Salvatore Badalamenti

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

Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Soggetto richiedente

Il/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 beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/laSig.ra _____

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia 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 Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- ISEE socio - sanitario

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, del vigente regolamento sul trattamento dei dati.

IL RICHIEDENTE

PATTO DI SERVIZIO

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente
a _____ in Via/Piazza _____ appartenente a Distretto socio-sanitario
di _____

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente
competente;

- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della L. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. _____ del _____ 2018, esecutivo dell'articolo 9 della Lr. 8/2017
e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono
punte ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.
76 del D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.;

DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

.....
.....
.....
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:

- INFERIORE a venticinquemila,00 euro annui
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila,00 euro annui;

3. di accettare i seguenti servizi:

.....
.....
.....
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario Comune di Residenza per
l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Sociosanitario Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi
momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.

6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente
Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente,
l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario Comune di Residenza ogni variazione di
domicilio