

Distretto Socio Sanitario D 28

Comune Capofila Barcellona Pozzo di Gotto

Città Metropolitana di Messina

AVVISO PUBBLICO

CENSIMENTO DISABILITA' GRAVE ANNO 2021

Visti:

- Il D. P. R. 589 del 31.08.2018 ed il D. P. n. 625/GAB/2018 con cui vengono assegnate ai Distretti Socio Sanitari le risorse per l'erogazione di interventi e servizi ai disabili gravi - ai sensi dell'art. 3 c. 3 L. 104/1992 - a seguito di apposito censimento;
- Le Direttive Prot. 10921/Servizio 7/2020 e Prot. 28953/Servizio 7/2020 del Dipartimento Regionale alla Famiglia e alle Politiche Sociali con cui vengono agevolate le procedure di accesso all'assistenza, prevedendo che il Patto di Servizio sottoscritto dalla persona disabile, ai fini del completamento/conferma o modifica del Progetto Individuale (ex art. 14 L. 328/2000). *"coinvolgendo l'ufficio Servizi Sociali del Comune, tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria e socio – sanitaria, la persona disabile e la sua famiglia"*, venga trasmesso alle Unità di Valutazione Multidimensionali dell'A. S. P.

SI RENDE NOTO

che i cittadini del Distretto Socio Sanitario 28, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, 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.R. n. 589/2018) che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

Si fa presente che la presentazione dell'istanza verrà utilizzata anche ai fini del Censimento dei Disabili Gravi di cui al citato Decreto Presidenziale.

La presentazione dell'istanza, dovrà pervenire al Comune di residenza entro e non oltre il **31/12/2021**, pena l'esclusione. Il mod. di istanza può essere ritirato presso gli uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza o scaricato dal sito istituzionale dello stesso Comune.

Le istanze dovranno essere corredate da:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Certificazione ISEE in corso di validità (qualora il valore ISEE sia superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%);
3. verbale della commissione medica attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

IL SINDACO

AL Comune di _____
Per il successivo inoltro al Distretto Socio Sanitario 28

Oggetto: Censimento disabili gravi e richiesta di attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. b, del D. P. n. 589/2018, Regione Sicilia.

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 o di familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE PER IL

(da compilare solo in caso di familiare delegato o rappresentante legale (tutore, amministratore di sostegno, ecc.)

Soggetto beneficiario

sig./ra _____ nat ___ a _____
 il _____ di essere residente a _____ in
 via _____ n. _____ codice fiscale _____
 tel/cell. _____ e-mail _____

di essere censito presso il Distretto Socio Sanitario 28 e 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 ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di servizio di cui all'art. 3, comma 4, lettera b), del D.P. n. 589/2018;

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 copia del 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;
- Certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) in corso di validità.

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO E RESA AI SENSI DEL:
Codice in materia di protezione dei dati personali n. 196/2006 aggiornato al D.Leg. 10 agosto 2018 “GDPR”

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, ai sensi della normativa richiamata, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

Luogo e data _____

FIRMA
