



COMUNE DI MISILMERI

Città Metropolitana di Palermo
AREA 3 - SOCIALE ED INFORMATICA

☎ 091/8711300 (PBX) Telefax 091/8733602

www.comune.misilmeri.pa.it

AVVISO PUBBLICO

PER SOGGETTI CON DISABILITÀ GRAVE ART.3 COMMA 3 L.104/92

VISTI

D.P.R. 589/2018

D.D.G. 2538/2018

I cittadini del Distretto Socio Sanitario 36 riconosciuti disabili gravi, ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92, in condizione di non autosufficienza, entro e non oltre il 20/06/2019, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del Comune di residenza per l'attivazione del **Patto di Servizio**, secondo quanto previsto dall'art.3 c 4 lett. b del D.P.R. 589/2018, al fine di individuare i tipi di assistenza da realizzare per le necessità del disabile, sia in forma diretta che indiretta (erogazione monetaria).

POSSONO PRESENTARE ISTANZA

- I soggetti portatori di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 L. 104/92;
- I familiari residenti nel DSS 36 nel cui nucleo anagrafico siano presenti disabili gravi;
- I tutori o gli Amministratori di Sostegno in rappresentanza legale del disabile.

REQUISITI DI AMMISSIONE

- essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 L.104/92;
- essere residente in uno dei Comuni del DSS 36;
- essere in possesso della certificazione ISEE socio sanitario in corso di validità. Ai disabili gravi in possesso di certificazione ISEE socio sanitario pari o superiore ai 25.000,00 euro le prestazioni saranno decurtate del 30%.

ALLEGARE ALL'ISTANZA

- Certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;
- Certificazione ISEE in corso di validità;
- Copia della Carta di Identità in corso di validità del dichiarante e del disabile grave;
- Copia del provvedimento di nomina quale tutore o amministratore di sostegno ove siano richiedenti.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Dott.ssa Rosalia Stadarelli

Il/La sottoscritt _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non rispondente al vero, ai sensi del D.P.R 28/12/200 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
- Caregiver familiare
- Tutore
- Amministratore di sostegno

CHIEDE LA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO

(compilare solo in caso di familiare, tutore/amministrazione di sostegno)

Soggetto beneficiario del/la Sig./ra _____
nat a _____ il _____
di essere residente a _____ in via _____
n _____ codice fiscale _____ tel _____
cell _____ e mail _____

DICHIARA

Nel caso di buon esito della richiesta prevista nel presente bando, di optare in favore del disabile:

- Buono economico
- Buono di servizi

La sottoscrizione del Patto di Servizio (P.S.), ai sensi dell'art.3 comma 4 lettera b) del D.P 589/2018, non determina l'erogazione di prestazioni in assenza di finanziamento regionale.

Con la sottoscrizione del P.S., il beneficiario o il caregiver in caso di scelta di Buono economico si impegna ad utilizzare le somme ricevute secondo quanto stabilito in sede di valutazione multidimensionale, ed altresì alla rendicontazione delle stesse somme.

Al tal fine dichiara:

- Di aver preso visione del Patto di Servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione.

Allega alla presente:

- Certificazione sanitaria, ai sensi art. 3 e 3 della legge 104/92;
- Certificazione ISEE in corso di validità;
- Copia della Carta di Identità in corso di validità del dichiarante e del disabile grave;
- Copia del provvedimento di nomina quale tutore o amministratore di sostegno ove siano richiedenti.

Il Sig./ra _____ autorizza il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta. Ai ai sensi dell'art. 13 D.lgs n° 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C. vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario per gli scopi per il quale sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art.19.

L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9, e 10 del D.Lgs n 196/03.

Luogo e data _____ 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 l.r. 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 punite 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 Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di _____