



COMUNE DI SAN CATALDO
(Prov. di Caltanissetta)



*I RIP^ SERVIZI AL CITTADINO E ALLE IMPRESE
SERVIZIO III° POLITICHE SOCIALI*

Prot. n° 12833

San Cataldo, 26-05-2017

Oggetto: Disabili Gravissimi - D.P.R. n. 545 del 10/05/2017 - Pubblicazione Avviso Integrativo e Modello di Domanda

E-Mail

Ai Responsabili dell'Ufficio Servizi Sociali
Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 11

Con riferimento a quanto in oggetto, si specifica che l'ASP 2 Caltanissetta, Direzione Generale, con nota Prot. 13438 del 25/05/2017, indirizzata ai Comuni di competenza territoriale, ha comunicato le direttive in merito alle modalità di attuazione del disposto D.P.R. n. 545 del 10/05/2017.

Pertanto, per i provvedimenti consequenziali, si trasmettono i files relativi :

- Avviso Pubblico Integrativo Disabili Gravissimi - D.P.R. n. 545 del 10/05/2017;
- Modello di Domanda

per la pubblicazione nei rispettivi Albo Pretorio On Line.

Distinti Saluti

Il Responsabile del Servizio
F.to Rag. Aldo Raimondi

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



Comune capofila - San Cataldo

Piazza Papa Giovanni XXIII - 93017 - SAN CATALDO - Tel. 0934/511203 - Fax. 0934/511235

Sito Internet: www.comune.san-cataldo.ct.it

Disabili gravissimi - D.P.R. N° 545 del 10 maggio 2017

Avviso Pubblico Integrativo

Si precisa, alla luce della nota, Protocollo generale ASP, N° 13438 del 25/05/2017, che:

- Il termine ultimo valido per la presentazione delle istanze da parte della cittadinanza è di 30 giorni (gg. 30) dalla data di pubblicazione sulla G.U.R.S. del D.P.R. 545/2017, (pubblicazione del 26/05/2017);
- Restano valide le istanze presentate a far data dall'11 Maggio 2017 (data di pubblicazione dell'Avviso sul sito Web dell'Assessorato Regionale della Famiglia), comunque esse siano state formulate, ivi comprese quelle compilate sui modelli elaborati dai Comuni;
- Le istanze devono essere presentate congiuntamente nel proprio comune di residenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta a mezzo posta certificata all'indirizzo: protocollo.asp.ct@pec.asp.ct.it;
- Le istanze dovranno essere formulate sui nuovi modelli predisposti dall'ASP;
- Sono classificati "disabili gravissimi" - Decreto 26 settembre 2016 - (G.U.R.L. n° 280 del 30/11/2016):

Art. 3

Disabili gravissimi

Le istanze relative alle diverse tipologie di disabilità, in base al presente decreto, dovranno essere presentate congiuntamente, in duplice copia, per una copia in originale e una copia in formato elettronico, ai competenti uffici del Comune di residenza, ai quali dovranno essere consegnate entro il termine di presentazione delle istanze.

Le istanze dovranno essere presentate congiuntamente, in duplice copia, per una copia in originale e una copia in formato elettronico, ai competenti uffici del Comune di residenza, ai quali dovranno essere consegnate entro il termine di presentazione delle istanze.

Le istanze dovranno essere presentate congiuntamente, in duplice copia, per una copia in originale e una copia in formato elettronico, ai competenti uffici del Comune di residenza, ai quali dovranno essere consegnate entro il termine di presentazione delle istanze.

1) persona dipendente di un'azienda, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

2) persona non autosufficiente, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

3) persona con disabilità, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

4) persona con disabilità, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

5) persona con disabilità, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

6) persona con disabilità, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

7) persona con disabilità, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

8) persona con disabilità, in cui il datore di lavoro ha riconosciuto la dipendenza da un'attività lavorativa, ai sensi dell'art. 2877.

IL COORDINATORE DEL GRUPPO FIANO

Dirigente dell'Ufficio

Politiche Sociali del Comune di San Cataldo

San Cataldo, 26-05-2017 Comune di San Cataldo Prot. n. 12933 del 26-05-2017

AL COMUNE DI _____
DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
CALTANISSETTA

VIA CUSMANO, 1 - 93100 CALTANISSETTA

pec-mail: protocollo.asp.ci@pec.asp.ci.it

Tel: 0934.506238 (dal Lun al Ven - dalle 9 alle 13)

OGGETTO: ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO ECONOMICO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI ASSISTENZA H24.

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO IL 11 MAGGIO 2017 e sulla GURS n. _____ del _____)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Il/La sottoscritto/a _____ (*)
nato/a _____ (*) il _____ (*)
CF _____ (*) e residente a _____ (*)
Via _____ (*) n. civico _____ Tel/Cell n. _____ (*)
E-mail _____ (*)

☐ PER SE STESSO

☐ IN QUALITA' DI RAPPRESENTANTE LEGALE OVVERO COME FAMILIARE DELEGATO (specificare il grado di parentela e allegare eventuale nomina _____)

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previa valutazione da parte dell'Unità Multidimensionale dell'ASP di competenza territoriale, che dovrà verificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'Art. 3 del D.M. 26.09.2016 del disabile gravissimo e previa firma del "Patto di Cura".

(*) campo obbligatorio

DATI ANAGRAFICI DEL DISABILE (*) (Da compilarsi solo nel caso in cui il richiedente non è il disabile stesso):

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Luogo di residenza	Codice Fiscale
Recapito telefonico	E-Mail

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104, CON REVISIONE
- ☐ DI ESSERE IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE, CON REVISIONE
- ☐ LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016,
- ☐ DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER ACCEDERE AI BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

ALLEGA:

- Verbale definitivo di Visita della Commissione medica con diagnosi (*) (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente (*)
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo (*)

(*) campo obbligatorio

Comune di San Cataldo Prot. n. 12838 del 26-05-2017 arrivo

Comune di San Cataldo Prot. n. 12933 del 26-05-2017 partenza

- Altro (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")

Il

FIRMA

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc., da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del Comune di _____ e dell'ASP di Caltanissetta per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il/la richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D. Lgs 196/2003.

Il

FIRMA DEL DICHIARANTE

(*) campo obbligatorio

Comune di San Cataldo Prot. n. 12838 del 26-05-2017 arrivo

Comune di San Cataldo Prot. n. 12933 del 26-05-2017 partenza