



COMUNE DI SAN CATALDO
(Prov. di Caltanissetta)



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

Prot. n° 13 110

San Cataldo, 10-05-2017

Oggetto: Disabili Gravissimi - D.P.R. n. 545 del 10/05/2017 - Avviso e Istanza per disabili gravissimi predisposti dall'ASP

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. 13766 del 29/05/2017, indirizzata ai Comuni di competenza territoriale, ha trasmesso l'avviso ed il modello di domanda da adottare. Pertanto, per i provvedimenti consequenziali, si trasmettono i relativi files 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

con
Bompeniere Milena Marianopoli Serradifalco Montedoro ASP n° 2



Comune capofila - San Cataldo
Piazza Papa Giovanni XXIII* - 93017 - SAN CATALDO - Tel. 0934/511203 - Fax. 0934/511295
Sito Internet: www.comune.san-cataldo.ct.it

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

AVVISO

Nota ASP N° 13766 del 29/05/2017

**Si rende noto l'Avviso ed l'istanza per disabili gravissimi predisposti dall'ASP -
di cui al D.P.R. N° 545 del 10 maggio 2017**

San Cataldo, 30/05/2017

Il Coordinatore del Gruppo Piano
Dott. Elia Cirrito

AVVISO

Si informa che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per i disabili gravissimi, di cui alla L.R. n. 4 del 1° marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017 pubblicato in G.U.R.S. n. 22 del 26 Maggio 2017.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, devono presentare l'istanza per l'accesso al beneficio congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del D.P. 545/2017, ossia entro il 26 Giugno 2017. Il suddetto termine è perentorio; pertanto le istanze pervenute oltre tale data verranno escluse.

La domanda pervenuta sarà successivamente inserita in un software gestionale, di rispettiva competenza del Comune e dell'ASP di Caltanissetta, per seguire tutto l'iter di valutazione da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale fino all'erogazione della stessa.

- All'istanza devono essere allegati i documenti seguenti:
- di essere portatore di handicap ai sensi dell'Art. 3-L. 5/02/1992 n. 104, con relativa revisione;
 - di essere invalido civile e di usufruire dell'indennità di accompagnamento ed eventuale revisione;
 - di essere in condizione di disabilità di cui all'Art. 2 del D.M. 26/09/2016.

- All'istanza dovranno inoltre essere allegati:
- dichiarazione attestante l'aver preso visione del presente avviso pubblico per accedere ai benefici per le persone con disabilità 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;
 - copia del documento di riconoscimento del richiedente;
 - copia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo (nel caso non coincidente col richiedente).

L'Ufficio centralizzato di Coordinamento della Disabilità Gravissima, istituito dall'ASP di Caltanissetta, valuterà la regolarità delle domande e della documentazione allegata, e, nel caso di irregolarità, contatterà gli interessati ai recapiti di telefono forniti per richiedere rettifiche e/o integrazioni, facendo decorrere i 90 giorni, previsti dal Decreto Presidenziale, dal completamento della suddetta istanza.

Le domande con errata compilazione verranno successivamente trasmesse alle Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASP di Caltanissetta che, previa visita domiciliare, accerteranno e certificheranno la sussistenza o meno delle condizioni di disabilità di cui all'Art. 3 del D.M. 26 Settembre 2016 (allegato al presente avviso) necessarie per accedere al beneficio economico previsto.

La suddetta procedura dovrà essere conclusa entro 90 giorni dalla data di presentazione della domanda. Coloro che risultano idonei, potranno ricevere un trasferimento monetario diretto da utilizzare esclusivamente per il benessere ed il miglioramento della qualità di vita del disabile, secondo le necessità dello stesso. Saranno poi gli Uffici dei Servizi Sociali dei comuni e le UVM dell'ASP ad effettuare controlli e visite ripetute periodiche per verificare l'effettiva piano di cura domiciliare.

COME SI DEVE COMPILARE L'ISTANZA

Il fac simile dell'istanza è disponibile in questa pagina nel formato doc (può essere compilato direttamente al pc e salvato in formato pdf) e pdf (per compilare è necessario stampare il documento e compilare in ogni sua parte). Per scaricare il documento occorre cliccare sui rispettivi link.

COME SI DEPOSITA L'ISTANZA

L'istanza, completa della relativa documentazione, deve essere indirizzata congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta sita in Via Crotanone, 1 a Caltanissetta ed inviata sia al Comune che all'ASP scegliendo fra tre possibili modalità:

- a mano presso i rispettivi Uffici Protocollo. Si fa presente che l'Ufficio protocollo dell'ASP riceve dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 17.30; il Lunedì e il Giovedì dalle 15 alle 18.30 escluso i festivi;
- tramite pec;
- tramite raccomandata con ricevuta di ritorno (in questo caso fare fede il timbro postale).

Per ulteriori informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Ufficio Coordinamento Disabilità Gravissima, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 a fax data del 29 Maggio 2017. L'Ufficio fornisce informazioni esclusivamente telefoniche chiamando alla 0924 506238.

COMUNE DI MONTEDORO - PROT. N. 2894 DEL 30-05-2017

AL COMUNE DI _____
DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
CALTANISSETTA

VIA CUSMANO, 1 - 93100 CALTANISSETTA

pec-mail: protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.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 H 24.**

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017,
PUBBLICATO L'11 MAGGIO 2017 e sulla GURS n. 22 del 26 Maggio 2017

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

II/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 Multif dimensionale 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 E DI USUFRUIRE DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO, CON EVENTUALE 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:

- La documentazione comprovante le superiori dichiarazioni (*) (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")

(*) campo obbligatorio

- 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 (*)

_____ 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

COMUNE DI MONTEDORO - PROT. N. 2894 DEL 30-05-2017

(*) campo obbligatorio

COMUNE DI MONTEDORO - PROT. N.2894 DEL 30-05-2017

AL COMUNE DI _____
DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
CALTANISSETTA
VIA CUSMANO, 1 - 93100 CALTANISSETTA
pec-mail: protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.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 H 24.

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO L'11 MAGGIO 2017 e sulla GURS n. 22 del 26 Maggio 2017

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 E DI USUFRUIRE DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO, CON EVENTUALE 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:

- La documentazione comprovante le superiori dichiarazioni (*) (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")

(*) campo obbligatorio

- 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 (*)

_____ li _____

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.

_____ li _____

FIRMA DEL DICHIARANTE