

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



Bompensiere



Milena



Marianopoli



Serradifalco



Montedoro



ASP n° 2



Comune capofila - San Cataldo

Piazza Papa Giovanni XXIII° - 93017 - SAN CATALDO

Tel. 0934/511235 - Tel. Fax. 0934/511203

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

COMUNICATO

Disabili gravi minori e non - di cui all'art. 3 Comma 3 della L. 104/92
e
soggetti non autosufficienti

Visti: il D.P.R. 589 del 31/08/2018 e le note Prot. n. 30999 del 26/09/2018 e Prot. 31903 del 03/10/2018 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro - Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali - Servizio 5° - ai fini della programmazione F.N.A. 2017 - Interventi per l'anno 2018 - si rende necessario acquisire il numero dei soggetti:

- Disabili Gravi minori e non di cui alla L. 104/1992 art. 3 comma 3 e soggetti non autosufficienti con ISEE e ISEE socio sanitario

SI AVVISANO

tutti gli interessati, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 11 a presentare apposita modulistica, nel proprio comune di residenza, ai fini di un censimento e la trasmissione dei dati all'Assessorato Regionale della Famiglia.

L'apposita modulistica è fruibile dal sito istituzionale del proprio Comune di Residenza, facente parte del Distretto Socio Sanitario n. 11 o ritirato presso gli Uffici di Servizio Sociale.

Al modulo dovrà essere allegato:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 e/o di non autosufficienza (100% + Acc);
- Documento di riconoscimento istante e del disabile grave e/o soggetto non autosufficiente

Il modulo dovrà essere presentato, presso il proprio Comune di residenza, entro il 19/10/2018

San Cataldo, 10/10/2018

Il Coordinatore del Gruppo Piano
POSIZIONE ORGANIZZATIVA
del 3° Settore

Politiche Sociali - Politiche Culturali del Comune Capofila

Maria Rosa Siciliano

OGGETTO: Programmazione F.N.A. 2017

Richiesta dati - Soggetti Disabili Gravi, minori e non, di cui all'Art. 3 comma 3 della L.104/92 e Soggetti non autosufficienti

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____,
Rec. Telefonico _____

In qualità di:

- Genitore Figlio/a Tutore Amministratore di Sostegno
 Legato da vincolo di parentela (specificare) _____

COMUNICA

- Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92
- Di essere soggetto non autosufficiente (Indennità di Accompagnamento)
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente, per vincolo di parentela, soggetto disabile grave ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente **minore (figlio)** disabile grave ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente, per vincolo di parentela, soggetto non autosufficiente (Indennità di Accompagnamento);
- Altro: _____

Dati del Soggetto disabile grave / non autosufficiente

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Residenza _____ Indirizzo _____

DICHIARA

(art.47 D.P.R.445 del 28/12/2000)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dell'art.76 del D.P.R. 28/12/200 n°445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione e uso di atti falsi,

Di essere in possesso, relativamente al disabile grave/soggetto non autosufficiente, dell'ISEE, in corso di validità, pari ad € _____;

Di essere in possesso, relativamente al disabile grave/soggetto non autosufficiente, dell'ISEE Socio Sanitario, in corso di validità, pari ad € _____;

Allega al presente modulo:

- Copia della certificazione di riconoscimento della disabilità grave ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/92;
- Copia della certificazione di riconoscimento della non autosufficienza (100% + Accompagnamento);
- Copia del documento di riconoscimento del dichiarante e del soggetto disabile / non autosufficiente
- Copia attestante la tutela o l'Amministrazione di Sostegno

San Cataldo, li _____

IL RICHIEDENTE

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 e creazione di una la "banca dati" sulla disabilità etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del comune di San Cataldo, nonché del Distretto Socio Sanitario n. 11. E l'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D.Lgs. 196/2003.

San Cataldo, li _____

IL RICHIEDENTE
