

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. 0934/511203 - Fax. 0934/511235

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

Disabili gravissimi

Si rende noto agli interessati che sul Sito Istituzionale della Regione Siciliana - Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali - Linee Attività è stato pubblicato l'avviso Pubblico che si riporta in calce:

AVVISO PUBBLICO

Si informa che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per i **disabili gravissimi** di cui alla legge regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, pubblicato il 11-maggio-2017.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del D.P. n. 545/2017.

I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016 allegato al presente avviso.

Coloro che risulteranno idonei, potranno ricevere un trasferimento monetario diretto da utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare.

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un **patto di cura**, redatto secondo lo schema allegato al precitato decreto presidenziale, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n 445/2000 in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I servizi sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze si provvederà alla sospensione del beneficio economico.

Le Aziende Sanitarie Provinciali della Sicilia, i Distretti Sociosanitari e i Comuni tutti dovranno pubblicare il presente avviso nei propri siti istituzionali e curarne la più ampia diffusione

Le istanze dovranno essere inoltrate congiuntamente presso i Comuni e le ASP di appartenenza entro 30 giorni dalla pubblicazione del D.P. n. 545/GAB 2017 (Data Pubblicazione: 11 Maggio 2017)

San Cataldo, 15-05-2017

IL COORDINATORE DEL GRUPPO PIANO

Dirigente dell'Ufficio Politiche Sociali del Comune di San Cataldo
Comune di San Cataldo Prot. n. 11783 del 15-05-2017 partenza

Dott. Enzo Cirrito

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 11
UFFICIO POLITICHE SOCIALI
COMUNE DI _____

AL DISTRETTO SANITARIO DI SAN CATALDO - ASP 2
Via Belvedere - 93017 San Cataldo

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO IN FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI
UN'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)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
(C.F. _____) e residente in San Cataldo,
CAP 93010 - Prov. CL - Via _____, n. _____
(Tel./Cell. n. _____), nella qualità di:
 SE STESSO
 RAPPRESENTANTE LEGALE (_____);

CHIEDE

L'accesso al beneficio, previa valutazione da parte dell'Unità Multidimensionale dell'ASP di
competenza territoriale, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di
cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016

del disabile gravissimo:

Cognome:	Nome:
Luogo di nascita:	Data di nascita:
Luogo di residenza	Recapito telefonico

Allega alla presente richiesta:

- Verbale di Visita della Commissione medica (senza omissis);
- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo;
- Altro

San Cataldo, _____

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 San
Cataldo per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti
previsti dal D.Lgs. 196/2003.

Comune di _____ li _____

DICHIARANTE
