

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 49

Carlentini



Lentini (capofila)



Francofonte



A.S.P. Siracusa



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 49

AVVISO PUBBLICO

Disabilità grave

Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018.

Visti:

il D.P.R.S. 589 de 31/08/2018;

il D.D.G. 2394 del 26/11/2018

il D.D. 2538 del 6/12/2018 di riparto delle somme ai Distretti Socio Sanitari

la circolare del Dipartimento Famiglia servizio 5° prot. 42152 del 27/12/2018;

SI RENDE NOTO

Che i disabili gravi (art. 3 comma 3 legge n.104/92), residenti del Distretto Socio Sanitario 49 - Comuni di Lentini, Carlentini e Francofonte - possono presentare istanza presso gli Uffici dei Servizi Sociali del proprio comune di residenza per la predisposizione del **Patto di Servizio** (secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018) **che individui forme di assistenza personalizzata, a mezzo di erogazione di servizi territoriali, tramite la valutazione da effettuarsi per mezzo dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare).**

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà presentarsi **entro e non oltre il 29 marzo 2019**, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile, o scaricato dal sito del proprio Comune.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento;
- 2) certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. Ai disabili gravi che producano un Isee pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- 3) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, da presentare in busta chiusa.

A seguito della presentazione della richiesta, si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio - sanitaria) e all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincono eventuali altre forme di assistenza diretta o indiretta. Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazione di interventi o sovrapposizione, l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia di intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione. L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati forniti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati.

Distretto Socio Sanitario 49
Coordinatore del Gruppo Piano
F.to dott.ssa Carmela Linfazzi

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018.

Al Distretto Socio sanitario 49

Comune di _____

c/o Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

Il/La Sottoscritt _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 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/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE PER IL

(da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore/amministratore)

Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

cod.fiscale _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

la predisposizione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

1. Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
2. Di aver preso visione dello schema di Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione dello stesso.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente, se diverso dal beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del patto di servizio.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- ISEE Socio- Sanitario in corso di validità.

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

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 domicilio