



ASPIRACUSA
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE 3
DI SIRACUSA



COSTRUIRE
SALUTE
Le persone prima di tutto



Avvio

AZIENDA

AMBULATORI

OSPEDALI

SERVIZI SANITARI

AMMINISTRATIVI

COMUNICAZIONE

- Ufficio Stampa
- Rassegna Stampa
- Pubblicazioni
- Notizie dall'Asp
- Informazione e Comunicazione-Urp
- Azioni di miglioramento 2019

Login

ok

Iscriviti
Password persa?

Comunicati stampa novembre 2020

Venerdì
27 Novembre
2020

RIAPERTURA TERMINI PRESENTAZIONE ISTANZE ACCESSO BENEFICIO PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIMA COMUNICATO STAMPA

AVVISO RIAPERTURA TERMINI PRESENTAZIONE ISTANZE ACCESSO BENEFICIO PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIMA SCADENZA DOMANDA: 31/12/2020

MODELLO DI DOMANDA DA SCARICARE

Siracusa 13/11/2020 - Sono riaperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per le persone con disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. del 26.09.2016.

Le istanze per il riconoscimento dello stato di Disabile Gravissimo possono essere presentate all'Asp di Siracusa entro il 31 dicembre 2020 tramite raccomandata A/R o e-mail ai Distretti sanitari di competenza oppure direttamente all'Ufficio protocollo del Distretto sanitario di competenza.

A beneficiare dell'indennizzo possono essere tutti i nuovi soggetti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del DM 26.09.2016 che sono già in possesso di certificazione attestante la condizione di cui art.3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento.

La domanda, il cui fac-simile può essere scaricato dalla sezione "Avviso Disabili gravissimi" pubblicata nell'home page del sito internet dell'Asp di Siracusa all'indirizzo www.asp.sr.it, dovrà essere corredata da una fotocopia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario o del soggetto richiedente qualora quest'ultimo sia diverso dal beneficiario.

In quest'ultimo caso il richiedente dovrà anche allegare un documento che attesti il titolo giuridico di rappresentanza legale del disabile. Alla domanda dovrà essere aggiunta anche una copia dell'indennità di accompagnamento, della certificazione attestante la condizione di cui art 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104, nonché una copia della certificazione sanitaria.

Per coloro che abbiano già presentato istanza e che sia stata valutata negativamente nelle precedenti annualità, si rende necessario aggiungere alla domanda un certificato che attesti l'aggravamento della condizione di salute prodotta da una struttura pubblica (entro la data del 1 dicembre 2020).

Successivamente alla presentazione dell'istanza, le Unità di Valutazione Multidimensionale dell'Asp di Siracusa provvederanno ad accertare mediante una visita se sussiste o meno lo stato di Disabilità Gravissima.

DOVE PRESENTARE LA DOMANDA:

DISTRETTO DI SIRACUSA:

Ufficio Protocollo Generale Via Reno n° 2 Siracusa

adi.siracusa@pec.asp.sr.it

DISTRETTO DI AUGUSTA:

Ufficio Protocollo Distretto di Augusta c/o Nuovo Padiglione del Presidio Ospedaliero "Muscatello"

distretto.augusta@pec.asp.sr.it

DISTRETTO DI LENTINI:

Ufficio Protocollo Distretto di Lentini c/o ex-Inam Piazza Aldo Moro Lentini

distretto.lentini@pec.asp.sr.it

DISTRETTO DI NOTO:

Ufficio Protocollo Distretto di Noto c/o Presidio Ospedaliero "Trigona"

distrettonoto@pec.asp.sr.it

Al PUA/ Distretto Socio Sanitario di _____

OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.RS. 31 AGOSTO 2018, N° 589

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a _____ il _____ di essere attualmente residente in provincia di _____ comune di _____ via _____ n° _____ cap _____ codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale. (specificare il titolo) _____

SOGGETTO BENEFICIARIO

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Signor/a _____ nato/a il _____ a _____ il _____ di essere attualmente residente in provincia di _____ comune di _____ in via _____ n° _____ cap _____ codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

A TAL FINE DICHIARA CHE

- 1 che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'art. 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
- 2 che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale;
- 3 di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di allegare autocertificazione ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo al titolo di esempio, home care premium e contributi economici);
- 4 **DI NON AVERE** già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016

DI AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo

solo in quest'ultimo caso:

- di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "contenente dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 1 dicembre 2020

Allega alla presente:

- fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

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

- copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art. 3, comma 3;
- copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativamente).

Il/la Sig./Sig.ra _____ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679.

IL RICHIEDENTE
