

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 49

Carlentini



Lentini



Francofonte



A.S.P. Siracusa



DISTRETTO SOCIO -SANITARIO 49 – LENTINI
TEL. 095/941739 MAIL:servizisociali@comune.lentini.sr.it

PEC: protocollo@pec.comune.lentini.sr.it

DISABILITA' GRAVE

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE 589-2018

AVVISO PUBBLICO 2024

PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO PER I SOGGETTI IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI CUI ALLA LEGGE 104/1992 ART. 3 CO. 3 (SECONDO QUANTO DISPOSTO DALL'ART. 3 COMMA 4 LETT. B DEL D.P.R.S: N. 589/2018) CHE INDIVIDUI FORME DI ASSISTENZA DA RENDERSI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI, TRAMITE LA VALUTAZIONE DA EFFETTUARSI PER MEZZO DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE DEL DISTRETTO SANITARIO DI LENTINI

SI RENDE NOTO

che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze dei residenti del Distretto Socio Sanitario 49, Comuni di Lentini, Carlentini e Francofonte, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge n. 104/92, **esclusivamente per i nuovi soggetti affetti da disabilità grave** in possesso della certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 c. 3;

Gli interessati o loro rappresentanti legali o caregiver possono presentare istanza presso il proprio comune di residenza **entro il 12/04/2024**.

L'accesso alle prestazioni socio-assistenziali e socio sanitarie e non sostitutivi di quelli sanitari, **nei limiti dello stanziamento di Bilancio Regionale e del trasferimento FNA** è subordinato alla verifica 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 ai sensi dell'art. 14 della legge 328/00 dal quale si evinca la totalità delle prestazioni sanitarie e sociali già erogate a favore del soggetto, **anche al fine di evitare sovrapposizioni o duplicazioni**. Da ciò deriva la successiva sottoscrizione del Patto di Servizio, anno 2024, all'interno del quale verranno individuate le prestazioni erogate o erogabili al beneficiario, **nei limiti delle risorse disponibili**. L'Amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati forniti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

L'istanza e il patto di servizio, da presentare nei Comuni di residenza, **entro e non oltre il 12/04/2024** possono essere ritirati presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricate dal sito del Comune di Residenza o dal Capofila. L'istanza dovrà essere corredata da:

- 1) Copia del documento di riconoscimento
- 2) la certificazione ISEE socio sanitario (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2024. **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.
- 4) Patto di servizio firmato e compilato ad esclusione del punto tre (3).

Non verranno accolte le istanze presentate oltre il termine stabilito e successivamente verranno definiti i PAL secondo le modalità.

Lentini, _____

F.to Il Coordinatore del 2° Settore

Istr. Dir. Rita Odierna

F.to Il Sindaco del Comune Capofila

Avv. Rosario Lo Faro

MODELLO DI DOMANDA

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

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Il/La Sottoscritto/a

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:

nato/a a _____ il _____
di essere residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cellulare _____ e-mail _____

in qualità di beneficiario/persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge
(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 c. Legge 5/02/1992, n. 104;

2) Di aver preso visione dello schema di Patto di servizio, allegato alla presente istanza

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 compilato e firmato ad esclusione del punto tre

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;
- la certificazione ISEE socio sanitario

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 _____ il _____

Residente a _____ in via/piazza _____ appartenente al Distretto socio-sanitario D9

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'U VM 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 D.P. n. 589 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.

Firma
