



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

AVVISO PUBBLICO CENSIMENTO DISABILITA' GRAVE - ANNO 2021

Premesso che:

- il D.P.nr.589/GAB/2018 ed il D.P.n.625/GAB/2018 prevedono l'assegnazione di risorse ai Distretti socio-sanitari per l'erogazione di interventi e servizi ai disabili gravi - ai sensi dell'art.3 c.ma 3 L. 104/1992 - a seguito di apposito censimento;
- il Dipartimento Regionale alla Famiglia e alle Politiche Sociali, con direttive prot.n.10921/Servizio7/ 2020 e prot.n.28953/Servizio7/2020, ha semplificato le procedure di accesso all'assistenza, prevedendo che i Comuni trasmettano all'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P il Patto di servizio sottoscritto dalla persona disabile ai fini del completamento, conferma o modifica del Progetto individuale (ex. Art.14 della legge 328/2000), "...coinvolgendo l'Ufficio sociale del Comune, tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, la persona disabile e la sua famiglia."

SI INVITANO

le persone in possesso della certificazione di disabilità grave, di cui all'art.3 c. 3 - L.104/92, residenti nei Comuni di Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina e Zafferana Etnea a presentare richiesta di Patto di Servizio al Comune di propria residenza per il tramite dell'Ufficio Protocollo o tramite Posta Elettronica Certificata.

Il modello di richiesta di Patto di servizio è disponibile presso l'Ufficio di Servizio Sociale o può essere scaricato dalla Sezione "Comunicati" del sito istituzionale del Comune di propria residenza.

La richiesta di Patto di Servizio, allegata al presente avviso, dovrà essere compilata e sottoscritta, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, dal diretto beneficiario, o in alternativa, dall'esercente la potestà per i disabili minorenni o dal soggetto delegato - familiare /amministratore di sostegno/tutore - .

Per i disabili che non siano titolari di altri benefici economici a carico di finanziamenti/programmi regionali e/o nazionali, i benefici, secondo le opzioni espresse, potranno essere erogati direttamente dagli enti accreditati iscritti all'Albo del Distretto socio-sanitario 14, o, in alternativa, indirettamente attraverso rimborso delle spese sostenute per la regolarizzazione del rapporto di lavoro (contratto di lavoro o di prestazione professionale) con il fornitore del servizio, comprovate da documentazione fiscalmente valida.

Il Comune di residenza, per il tramite del personale dei Servizi Sociali incaricato, provvederà a convocare ciascun richiedente per la sottoscrizione del Patto di Servizio e per la consegna/verifica del possesso della documentazione autocertificata:

- 1) Verbale disabilità grave (L.104/1992, art. 3 comma 3);
- 2) Verbale di riconoscimento invalidità del 100%;
- 3) S.V.A.M.A. sanitaria (all.2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);

Il Comune di residenza, per l'ammissione ai benefici a favore delle persone con disabilità - provvede a:

- riattualizzare il Patto di Servizio sottoscritto dai disabili censiti/presi incarico nell'anno 2021;
- redigere e sottoscrivere, unitamente ai nuovi beneficiari censiti, il Patto di servizio, allegato al D.P.589/2018;
- approvare/aggiornare la graduatoria dei disabili richiedenti con priorità dei soggetti con valore I.S.E.E c.d.socio -sanitario inferiore e a parità di ISEE del soggetto più giovane privo di interventi/servizi;
- inviare ciascun patto sottoscritto all'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASP CT – Distretto Sanitario di Acireale per la definizione del Progetto Personalizzato, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/00.

I benefici riguardanti le nuove richieste pervenute sono erogati entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Patto di servizio, nei limiti degli stanziamenti disponibili.

I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione Comunale competente ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e dell'art. 28 della legge 20 novembre 2017 n.167.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Distretto Sociosanitario 14
Ing. Stefano Ali



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

**Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina,
Zafferana Etnea**

CENSIMENTO DISABILI GRAVI- ANNO 2021

**SITI ISTITUZIONALI E INDIRIZZI DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA
COMUNI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14**

COMUNE ACIREALE

WWW.COMUNE.ACIREALE.CT.IT
protocollo.comune.acireale@pec.it

COMUNE ACI BONACCORSI

WWW.COMUNE.ACIBONACCORSI.CT.IT
protocollo@pec.comune.acibonaccorsi.ct.it

COMUNE ACI CASTELLO

WWW.COMUNE.ACICASTELLO.CT.IT
protocollo@pec.comune.acicastello.ct.it

COMUNE ACI CATENA

WWW.COMUNE.ACICATENA.CT.IT
comune.acicatena@pec.it

COMUNEACI SANT'ANTONIO

WWW.COMUNEACISANTANTONIO.GOV.IT
comune-acisantantonio@legalmail.it

COMUNE SANTA VENERINA

WWW.COMUNE.SANTAVENERINA.CT.IT
protocollo@pec.comune.santavenerina.ct.it

COMUNE ZAFFERANA ETNEA

WWW.COMUNE.ZAFFERANA-ETNEA.CT.IT
protocollo@pec.comune.zafferana-etnea.ct.it



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2021

AL SIG. SINDACO
COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____, nat_ a _____
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____
Tel _____ e-mail _____

ai fini della richiesta del Patto di Servizio a favore del disabile:

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ n. _____ Tel. _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

Nella qualità di:

Diretto interessato Familiare delegato Amministratore di sostegno, Tutore, genitore

DICHIARA

A. CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:

	NOME COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA	POSIZIONE LAVORATIVA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

C. POSSESSO DI I.S.E.E. IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 N.159 E D.M. DEL 7/11/2014) CON VALORE DI € _____

D. POSSESSO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- VERBALE DI DISABILITA' GRAVE (ART.3, C.3 L.104/92)
- VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE AL 100%
- VERBALE DI INVALIDITÀ AL 100% CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO
- S.V.A.M.A. sanitaria (all.2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);

DICHIARA che il beneficiario si trova nelle seguenti condizioni di assistenza

- RICONOSCIMENTO DELL' ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB) IN DATA _____
- RICHIESTA IN CORSO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018) DAL _____
- DI NON AVER RICHIESTO L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB)
- DI FRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI/INTERVENTI:
 - INTERVENTI PER L'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE
 - ASSISTENZA DOMICILIARE
 - CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): _____
 - ALTRO _____
- DI AVER RICHIESTO CURE SANITARIE DOMICILIARI
- DI CONVIVERE CON FAMILIARE ANZIANO/DISABILE
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): _____
- MEDICO DI BASE _____

DICHIARA di essere consapevole e informato che il Patto di Servizio sarà sottoscritto su convocazione del Servizio Sociale del Comune di residenza

Firma

Allega:

- Copia documento di identità del beneficiario, in corso di validità
- Delega
- Atto di nomina Amministratore di sostegno/tutore
- Copia documento di identità in corso di validità del familiare delegato/Amministratore di sostegno /Tutore

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Sig./Sig.ra _____, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessarie all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento DGPR 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 dell'Amministrazione i diritti di cui all'art.7 esercitati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del DGPR 679/2016

Firma



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2021

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

A sottoscrivere, in nome e per mio conto, la richiesta di Patto di Servizio per l'erogazione di servizi/interventi per la disabilità grave

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato