



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

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

AVVISO PUBBLICO

CENSIMENTO DISABILITA' GRAVE - ANNO 2020

Premesso che:

- la L.328/00 all'art. 14 prevede che i Comuni, d'intesa con l'Azienda Sanitaria di riferimento territoriale, predispongono, su richiesta degli interessati o dei loro familiari, il Progetto Personalizzato, ai sensi del DPCM 14/02/2001 e del DPCM del 12/01/2017;
- il D.P.nr.589/GAB/2018 ed il D.P.n.625/GAB/2018 prevedono che l'assistenza socio-sanitaria ai disabili in condizioni di gravità - ai sensi dell'art.3 c.3 L. 104/1992 - è erogata a seguito di censimento delle persone in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 e di sottoscrizione del Patto di Servizio da parte del disabile

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 del Patto di Servizio entro il 09/12/2020 all'Ufficio Protocollo del Comune di propria residenza o tramite Posta Elettronica Certificata, come da allegato elenco.

La richiesta del Patto di servizio è disponibile presso l'Ufficio di Servizio Sociale o può essere scaricata dalla Sezione "Comunicati" del sito istituzionale del Comune di propria residenza, come da allegato elenco.

Alla richiesta del Patto di Servizio dovrà essere allegata, pena l'esclusione, la seguente documentazione:

- 1) Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 sulle condizioni socio-economiche-familiari;
- 2) Copia certificazione sanitaria (L.104/1992, art. 3 comma 3);
- 3) Copia verbale di riconoscimento invalidità del 100%;
- 4) S.V.A.M.A. sanitaria (all.2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);
- 5) Fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e della persona con disabilità.

Il Comune di residenza, per l'ammissione ai benefici a favore delle persone con disabilità - a valere sui trasferimenti del Fondo Nazionale e Regionale per la Non autosufficienza o del Fondo Nazionale Politiche Sociali - provvederà a:

- riattualizzare il Patto di Servizio sottoscritto dai disabili censiti nell'anno 2019;
- redigere e sottoscrivere, unitamente ai nuovi beneficiari censiti, il Patto di servizio, allegato al D.P.589/2018;
- approvare 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 definiti nel Patto di Servizio potranno essere erogati, nei limiti degli stanziamenti e in conformità alle linee di finanziamento, secondo le opzioni del beneficiario, nella forma:

- a) diretta fornita dal Comune e/o Distretto socio-sanitario mediante enti accreditati iscritti all'Albo del Distretto socio-sanitario 14;
- b) indiretta mediante il rimborso di costi sostenuti per la regolarizzazione del rapporto (contratto di lavoro o prestazione professionale) con la figura professionale che fornisce il servizio al disabile, comprovati da documentazione fiscalmente valida, a condizione che il disabile non sia titolare di altri benefici economici a carico di finanziamenti/programmi regionali e/o nazionali.

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 2020

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 2020

PATTO DI SERVIZIO

D.P.nr.589/GAB/2018 - D.P. 625/GAB/ 2018

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al Distretto socio-sanitario di _____

- Presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e socio-sanitari;
- Censito dal Distretto Socio-sanitario/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 del D.P. 589 del 31/08/2018, esecutivo dell'art. 9 della L.R.8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R 445/2000 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 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 al Distretto Sociosanitario/Comune di residenza ogni variazione di domicilio

Firma

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

D. CONDIZIONI DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA:

- HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- NON PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

E. SITUAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE:

- HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB) IN DATA _____
- NON HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/2018/GAB)
- PERCEPISCE 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 _____
- NON PERCEPISCE 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)
- FRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI/INTERVENTI:
 - INTERVENTI PER L'AUTONOMIA E COMUNICAZIONE
 - ASSISTENZA DOMICILIARE
 - ALTRO _____
- NON FRUISCE DI ALCUN SERVIZIO/INTERVENTO

F. SITUAZIONE DI CURA/ASSISTENZA:

- ASSENZA DI FAMILIARI
- FAMILIARE CONVIVENTE ANZIANO/DISABILE _____
- RICHIESTA CURE DOMICILIARI SANITARIE
- CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): _____
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): _____
- MEDICO DI BASE _____

G. DI ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE RELATIVA AI DATI DICHIARATI INERENTI L'I.S.E.E. E LE CONDIZIONI DI DISABILITA'

ALLEGA ALLA PRESENTE IN BUSTA CHIUSA:

- 1) Copia certificazione sanitaria (l.104/92, art. 3 comma 3);
- 2) Copia verbale di riconoscimento di invalidità del 100%;
- 3) Valutazione del Medico/Pediatra M. G. su scheda S.V.A.M.A. sanitaria (all.2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);
- 4) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente
- 5) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del beneficiario

Firma

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
