



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D10  
AVVISO PUBBLICO**

**Disabilità grave disabili maggiorenni**

**AVVISO PUBBLICO**

**in favore dei soggetti maggiorenni affetti da disabilità grave**

**Visto** il D.P.R. 589 de 31/08/2018 che disciplina le modalità ed i criteri di erogazione ai Distretti Socio Sanitari per interventi finanziari in favore dei disabili gravi;

**Vista** la L.R. 9 maggio 2017, n. 8 art.9 c. 1 di Istituzione del Fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza;

**Visto** il Decreto del Ministero delle Politiche Sociali del 21/12/2018 con il quale sono state assegnate alla Regione Siciliana risorse al “Fondo Nazionale per la non autosufficienza”;

**Vista** la deliberazione di Giunta Regionale n. 19 del 04/06/2020 che approva il “Programma attuativo del Fondo per la non autosufficienza annualità 2018” per l’adozione dei piani personalizzati in favore dei soggetti maggiorenni affetti da disabilità grave;

**Visto** il D.P.R. n.2758 del 20.12.2022 di impegno e liquidazione delle somme assegnate ai distretti socio sanitari dell’isola per l’erogazione del beneficio ai disabili gravi- F.N.A. Regione – anno 2022- con il quale è stata assegnata al distretto d10 la somma di € 15.680,73 ed accreditata l’80% della suddetta somma pari ad €. 12.544,59 (Carta Contabile n. 810 del 24/04/2023).

**Visti i Decreti sottoelencati le cui somme potranno essere utilizzate per gli interventi di cui al presente avviso previo approvazione dei relativi documenti di programmazione finanziaria e contabile.**

- D.R.S. 2154 del 04/12/2019 di €. 27.435,10;
- D.R.S. 1664 dell'11/12/2020 di €. 14.412,05;
- D.R.S. 2123 del 19/10/2021 di €. 20.807,03;
- D.R.S. 2797 del 21/12/2021 di €. 11.222,63

## **SI RENDE NOTO**

Che i caregiver e/o i disabili gravi riconosciuti ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, residenti nei comuni del Distretto socio sanitario D10, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del comune di residenza per l'elaborazione e/o l'aggiornamento del Piano personalizzato che individui forme di assistenza per l'accesso ai servizi territoriali, tramite la valutazione da effettuarsi per mezzo dell'U.V.M (Unità di Valutazione Multidisciplinare).

**N.B. NON SARANNO ACCOLTE LE ISTANZE PRESENTATE DAI CITTADINI, E/O DAI LORO CAREGIVERS, CHE USUFRUISCONO DEI BENEFICI DELLA DISABILITÀ GRAVISSIMA (L. 4/2017 . COSIDDETTA “LEGGE CROCETTA”).**

L'istanza, dovrà essere presentata su apposito modulo che può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito dell'albo pretorio on line del proprio Comune **entro e non oltre il 03/07/2024**

L'istanza dovrà essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria del caregiver e del minore;
- 2) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92 da presentare in busta chiusa.
- 3) Certificazione ISEE socio-sanitaria in corso di validità. Ai disabili gravi che producano un Isee pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- 4) Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di gravità nei confronti dei nuovi soggetti disabili, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio- sanitaria) al fine di procedere alla presa in carico dello stesso e all'elaborazione del un piano personalizzato dal quale emerga la tipologia d'intervento pianificata in considerazione delle esigenze del disabile.

Ciascun comune del Distretto D10 provvederà all'istruttoria delle istanze presentate e trasmetterà gli elenchi degli ammessi al comune capofila che provvederà alla definizione dell'importo pro-capite spettante ai beneficiari per la concessione degli interventi indicati nel piano personalizzato .

I suddetti interventi verranno erogati, tramite voucher, dalle cooperative sociali accreditate all'Albo Distrettuale, in analogia con le modalità di erogazione dei servizi gestiti dal Distretto e in conformità alle direttive del Comitato dei Sindaci.

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

Il responsabile dell'Area Amministrativa  
F.to D.ssa Antonina Cordaro

Il Sindaco  
F.to Giuseppe Catania



OGGETTO: disabili maggiorenni gravi – richiesta Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018 per pagamento beneficio .

Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale  
SEDE

Soggetto richiedente

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) Soggetto beneficiario Del/la

Sig.ra \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel.

cell. \_\_\_\_\_ e-mail

l'attivazione 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 (maggiorenne) ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;
- 3) **Che non usufruisce dei benefici derivanti dalla disabilità gravissima;**
- 4) **Di essere/non essere stato preso in carico dall'Ufficio Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_ e dell'UVM territoriale.**

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia 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 Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- ISEE

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono 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 ed è regolata dall'art. 19.

L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L gs. N.196/03.

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.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del caregiver;
- 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 Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- *[Faint illegible text]*

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono 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 ed è regolata dall'art. 19.

L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L. gs. N.196/03.

IL RICHIEDENTE

---