

**COMUNE DI MUSSOMELI
(Provincia di Caltanissetta)**

Piazza della Repubblica - 93014 Mussomeli
Tel. 0934/961111 - Fax 0934/991227
PEC: comunemussomeli@legalmail.it

Avviso Pubblico

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Rende noto

Che con Disposizione assessoriale, approvata con D.A. 126/gab del 13/11/2018, pubblicata nella GURS n. 50 del 23/11/2018, è stata disposta l'apertura dei termini del 1 novembre al 31/12/2019, per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016.

Le istanze potranno essere presentate, o brevi mano o spedite con posta, all'ASP. N. 2 sita in via Manzoni - Mussomeli e/o nei Comuni di residenza.

Mussomeli, lì

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI
SINDACI

(Giuseppe Sebastiano Catania)

DISPOSIZIONE ASSESSORIALE ALLEGATA AL D.A. N. 126 /GAB
DEL 13 NOV. 2018

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA
DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO

L'Assessore



disposizione assessoriale, adottata ai sensi dell'art. 5 bis dell'art. 9 della legge regionale n. 8 del 9 maggio 2017 così come introdotto dall'art. 30 della legge regionale n. 8 del 08.05.2018, di riapertura dei termini per la presentazione delle richieste per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016.

Si dispone, ai sensi del comma 5 bis dell'art. 9 della legge regionale n. 8 del 9 maggio 2017 così come introdotto dall'art. 30 della legge regionale n. 8 del 08.05.2018, l'apertura dei termini, dal 1° novembre al 31 dicembre di ogni anno, per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016, secondo le modalità e i criteri determinati con Decreto del Presidente della Regione siciliana adottato in attuazione delle disposizioni di cui al medesimo art. 9.

Per l'anno 2019, le istanze devono essere presentate entro il 31 dicembre 2018 e sono fatte salve le domande presentate a far data dal 1° novembre 2018.

L'accesso al beneficio economico, nei limiti degli stanziamenti di bilancio previsti per l'anno finanziario di riferimento, è subordinato alla verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. (UVM) che accerterà la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, in conformità alla circolare dell'Assessore per la salute n. 17 del 13.09.2018, nonché alle ulteriori ed eventuali circolari integrative che il medesimo Assessorato per la salute riterrà di adottare per uniformare l'azione delle AA.SS.PP., ivi comprese quelle volte a fissare i termini per la conclusione del procedimento istruttorio ed alla standardizzazione della pertinente modulistica, nell'ambito di un'unica definizione di procedure per l'accesso al Fondo ex art. 9 della legge regionale 8/2017 e per la gestione dei soggetti beneficiari.

L'Assessore
(Dott.ssa Maria Ippolito)



Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

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'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e previa firma del Patto di Cura in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

A TAL FINE DICHIARA

Che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 5 Febbraio 1992 n.104 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

E RITENENDO

- Che per il beneficiario sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016 in quanto trovasi in almeno una delle seguenti condizioni (barrare la casella interessata);
- A) In condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<10;
 - B) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/7gg.);
 - C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla Scala Dementia Rating Scale (CDRS) \geq 4;
 - D) con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A e B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
 - E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo < ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) e con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
 - F) con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 herz nell'orecchio migliore;
 - G) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
 - H) con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER) ≤ 8 ;
 - I) in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.

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;
- copia del provvedimento che riconosce l' indennità di accompagnamento;
- Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa certificazione medica comprovante i medesimi .
- 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.Lgs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto 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.Lgs. n.196/03.

IL RICHIEDENTE
