



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 33 AVVISO PUBBLICO

Disabilità Grave

- **Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 c. 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018.**
- **Censimento numero di Disabili Gravi del Distretto Socio-Sanitario 33**

Visti:

il D.P.R. 589 de 31/08/2018;

il D.D.G. 2394 del 26/11/2018

il D.D. 2538 del 6/12/2018

la nota prot.30999 del 26/09/2018 con la quale l'Assessorato Regionale alla Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con la quale, al fine della programmazione delle risorse provenienti dal fondo nazionale per le "non Autosufficienze", richiede a tutti i Distretti Sociosanitari della Regione di comunicare il numero dei Disabili Gravi;

SI RENDE NOTO

Che i cittadini del Distretto Socio Sanitario 33, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del comune di residenza per l'attivazione del Patto di Servizio (secondo quanto disposto dall'art. 3 **comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018) che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.**

Si fa presente che la presentazione dell'istanza varrà utilizzata anche ai fini del **Censimento dei Disabili Gravi** di cui alla citata nota Assessoriale.

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il 05/04/2019, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito istituzionale di detto Comune.

l' istanza dovranno essere corredate da:

- 1) copia del documento di riconoscimento;
- 2) la certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. (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;



A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento 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 si procederà alla presa in carico del disabile e all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza dirette e/o indiretta. Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

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

Il Coordinatore del Distretto Socio Sanitario 33

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp is blue and contains the text "COMUNE DI CERVINIA" around the perimeter and "DISTRETTO SOCIO SANITARIO 33" in the center. There is also a small star symbol at the top of the stamp.

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto

dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018 – Censimento

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscrit _____

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.r a _____ 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 letta 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 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;

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
