



Milazzo – capofila, Gualtieri Sicaminò, Condrò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Filippo del Mela, S. Lucia del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Torregrotta, Valdina, Venetico

## **AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI SOGGETTI DISABILI GRAVI AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92**

**Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. B) del D.P. n. 589/2018**

**Visto** l'art. 14 della L. 328/2000 secondo il quale “per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'art.3 della l. 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i Comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, uno specifico progetto individuale;

### **Visti:**

- il D.P.R. 589 del 31/08/2018, art. 3 comma 4 lett. b), e comma 6 che disciplina le modalità e i criteri di erogazione ai Distretti Socio Sanitari delle risorse per l'attuazione di interventi finanziati in favore dei disabili gravi;

- la legge regionale n. 8 del 9 maggio 2017, art. 9 comma 1 di “Istituzione del fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza” modificata dall'art. 30 della legge regionale n. 8/2018;

**Richiamati** il D.R.S. n. 2154 del 04.12.2019 ed il D.R.S. 1664 del 11/12/2020;

### **SI RENDE NOTO**

Che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze **per i soggetti disabili gravi ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92** residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D27 (Milazzo - capofila, Gualtieri Sicaminò, Condrò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Filippo del Mela, S. Lucia del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Torregrotta, Valdina, Venetico), 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.

### **MODALITA' DI ACCESSO**

L'accesso alle prestazioni, a valere sui Fondi di cui sopra e nei limiti degli stanziamenti di Bilancio Regionale spettanti al Distretto, è subordinato all'accertamento del requisito di disabilità grave di cui all'art 3 comma 3 della legge 104/92, alla presa in carico del disabile, all'elaborazione di un Piano personalizzato d'intesa con l'ASP e la persona disabile e/o la sua famiglia ed alla sottoscrizione del Patto di Servizio, dal quale si evinca, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, la totalità delle prestazioni socio-sanitarie già fruite, la tipologia di intervento pianificata, il relativo budget assegnato.

Si allega lo schema del patto di servizio di cui al DPR 589/2018.

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

**Erogazione dei Servizi:**

dopo la sottoscrizione del Patto, segue l'erogazione dei servizi secondo le modalità previste dall'art.9 della l.r. n.8/2017, che dispone forme di assistenza diretta o indiretta

**Assistenza Diretta:**

servizi di assistenza erogati tramite Cooperative Sociali iscritte all'Albo Regionale ai sensi della L.R. 22/86 ed accreditate nel Distretto Socio Sanitario n. 27;

**Assistenza Indiretta:**

buono di servizio o ticket quale titolo di spesa, assegnato dai Servizi Sociali all'interessato o a un suo familiare al fine di usufruire di un determinato servizio. Assistenza ammessa purché rendicontabile con documentazione comprovante il servizio reso.

**MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

**L'istanza, da compilare secondo apposito modello e debitamente sottoscritta, dovrà pervenire entro e non oltre il termine del 07/10/2022 presso il protocollo del Comune di residenza del richiedente e dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:**

- 1) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- 2) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente (se diverso dal soggetto beneficiario);
- 3) Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3
- 4) Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;
- 5) ISEE socio sanitario in corso di validità, (fatta eccezione per i soggetti disabili minorenni);

I disabili gravi che producano un Isee pari o superiore ad € 25.000,00 avranno diritto alle prestazioni ridotte in misura del 30%.

Il modello per la presentazione dell'istanza potrà essere scaricato dai siti istituzionale dei Comuni del Distretto oppure ritirato presso gli uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato, non debitamente sottoscritte, non corredate dal documento di identità e/o non corredate dalla certificazione sopra indicata.

Il Responsabile del Servizio  
f.to Dott. Filippo Santoro

Il Presidente del Comitato dei Sindaci  
f.to Avv. Matteo Sciotto

**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 Socio sanitari;
- 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 Socio/sanitario/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;

Comune di Gualtieri Sicaminò Prot. 0006546 del 29-09-2022 in arrivo

Comune di Milazzo protocollo in partenza n. 0075288 del 15-09-2022

7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Al Distretto Socio Sanitario D27**

c/o il Comune di \_\_\_\_\_

**Ufficio Servizi Sociali**

**OGGETTO:** Istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 104/92.Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/Gab. Del 31/08/2018.

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

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

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

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

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

pec \_\_\_\_\_

In qualità di: beneficiario/ familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

\_\_\_\_\_

**SOGGETTO BENEFICIARIO**

**(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

**L'ammissione agli interventi in favore dei disabili gravi con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 letta b) del D.P. n. 589/2018**

A TAL FINE, 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, sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

- 1) Che il soggetto beneficiario è disabile grave 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;

Allega alla presente la sottoelencata documentazione, così come previsto dall'Avviso:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;

Allega altresì alla presente, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", la seguente documentazione:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3.
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato
- Attestazione Isee, corredata da DSU, in corso di validità (**fatta eccezione per i disabili minori**)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui all'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D27, ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 -Regolamento Europeo sulla Privacy L'interessato può far valere nei confronti dell' 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 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy".

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_