



COMUNE DI SANT'ALESSIO SICULO (Città metropolitana di Messina)

AVVISO PUBBLICO DISABILI GRAVISSIMI

Visto il D.M. 26 settembre 2016

Vista la L.R. n.8 del 09.05.17

Visto il D.P.R.S. n. 589 del 31.08.18

Vista la Circolare interassessoriale n.5/2021 del 22.06.2021

Si informano i cittadini che è possibile presentare istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.

Requisiti minimi di accesso sono il riconoscimento dell'art.3, comma 3 L.104/92 e dell'indennità di accompagnamento.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza, sul modello allegato nel corso del secondo semestre 2021 da inoltrare al PUA competente per territorio di residenza o presso il Distretto Socio Sanitario competente per territorio.

La **domanda va presentata esclusivamente** da chi non è stato già dichiarato disabile gravissimo negli anni precedenti al 2021 **entro il 31 dicembre 2021**.

I soggetti istanti saranno valutati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che dovrà certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M.26.09.2016 relativamente al secondo semestre entro il 31.03.2022.

Successivamente al riconoscimento, per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un patto di cura, redatto secondo lo schema del D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n.445/2000, in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I servizi sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze si provvederà alla sospensione del beneficio economico.

S. Alessio Siculo 23.09.2021

IL SINDACO
Nunzio Giovanni Fofi

Allegato 1

Al PUA/Distretto Socio Sanitario di _____

OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.R. 31 AGOSTO 2018, N° 589

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a _____ il _____ di essere attualmente residente in provincia di _____ comune di _____ via _____ n° _____ cap _____ codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____ e-mail _____
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)

Signor/a _____ nato/a il _____ a _____ il _____ di essere attualmente residente in provincia di _____ comune di _____ in via _____ n° _____ cap _____ codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

