



**COMUNE DI LERCARA FRIDDI**

Provincia di Palermo

**AREA AMMINISTRATIVA**

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"**

**LERCARA FRIDDI**

OGGETTO: Avviso pubblico per disabili gravissimi.

Al Direttore Sanitario ASP 6  
Dr. Giovanni Settepani

Ai Componenti Gruppo Piano  
dei Comune di:

Alia

Castronovo

Palazzo Adriano

Prizzi

Roccapalumba

Valledolmo

Vicari

In riferimento alla nota inviata dall'Assessorato Generale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, prot. n. 17402 del 12.05.2017, acquisita al Protocollo Generale di questo Comune al n. 7733 il 15.05.2017, si trasmette:

- Avviso pubblico rivolto ai disabili gravissimi di cui all'art. 3 del D. M. 26.09.2016
- Istanza di accesso al progetto assistenziale
- Patto di cura

Si raccomanda, inoltre, la pubblicazione sul sito istituzionale del Comune dal 17.05.2017 al 10.06. 2017 e di darne la massima diffusione.

Certi della collaborazione si porgono cordiali saluti.

Il Responsabile dei Servizi Distrettuali  
Rosanna Andolina



COMUNE DI LERCARA FRIDDI



AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 38

Prot. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Al Sig. SINDACO

del COMUNE DI \_\_\_\_\_

Al Direttore Sanitario del  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO  
DI LERCARA FRIDDI ASP 6  
VIA FRANCESCO CALI' n° 1

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI  
DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI UN' ASSISTENZA H24**

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO IL 11 MAGGIO 2017).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(C.F. \_\_\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ nella qualità di:

SE STESSO

RAPPRESENTANTE LEGALE ( \_\_\_\_\_ );

CHIEDE

%

L'accesso al beneficio, previa valutazione da parte dell'Unita Multidimensionale dell' ASP di competenza territoriale, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016

Del disabile gravissimo:

Cognome:	Nome:
Luogo di nascita:	Data di nascita:
Luogo di residenza	Recapito telefonico

Allega alla presente richiesta:

- Verbale Di Visita della Commissione medica;
- Certificazione sanitaria specialistica recente attestante lo status di disabilità gravissima ( senza omissis)
- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo;
- Altro

..... FIRMA .....

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del comune di Lercara Friddi per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D.Lgs. 196/2003

Comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DICHIARANTE

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE  
SOCIALI E DEL LAVORO

Dipartimento Regionale della Famiglia e Politiche Sociali

SERVIZIO 5

Fragilità e Povertà

Prot. n. 17402

Palermo, 12/05/17

Oggetto: Avviso pubblico per disabili gravissimi.

A tutti i Distretti Socio-sanitari della Sicilia

SEDI

A tutti i Comuni della Sicilia

SEDI

Si rende noto che è stato pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento Famiglia l'avviso pubblico rivolto ai disabili gravissimi che si allega alla presente.

Si raccomanda di pubblicarlo sui siti istituzionali competenti e di darne la massima diffusione anche attraverso affissione nei territori di competenza, giornali ed emittenti locali.

Il Dirigente del Servizio  
Valeria Restuccia

IL Dirigente Generale  
Mario Candore

## AVVISO PUBBLICO

Si informa che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per i **disabili gravissimi** di cui alla legge regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del D.P. n. 545/2017.

I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016 allegato al presente avviso.

Coloro che risulteranno idonei, potranno ricevere un trasferimento monetario diretto da utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare.

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un **patto di cura**, redatto secondo lo schema allegato al precitato decreto presidenziale, 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.

Le Aziende Sanitarie Provinciali della Sicilia, i Distretti Sociosanitari e i Comuni tutti dovranno pubblicare il presente avviso nei propri siti istituzionali e curarne la più ampia diffusione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 familiare/tutore del/della Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 appartenente al Distretto Socio-Sanitario di \_\_\_\_\_

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti Sanitari;
- rivalutato dalle U.V.M. Sanitarie Distrettuali ai sensi del D.M. del 26 Settembre 2016 e del D.P.R.S. 532/2017;
- classificato dalle U.V.M. Sanitarie Distrettuali quale disabile gravissimo secondo quanto previsto dal D.M. del 26 Settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Ministro per gli affari regionali e le autonomie.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/00 e smi 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 smi

DICHIARA

1. di volere accedere al contributo economico erogato dalla Regione Sicilia ai sensi del D.P. R.S. 532/2017;
2. di utilizzare tale contributo esclusivamente per il benessere ed il miglioramento della qualità di vita del disabile, secondo le necessità dello stesso;
3. di non volere accedere a forme alternative di assistenza indiretta;
4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dall'Azienda per l'erogazione del contributo;
5. di accettare il contributo, che dovrà essere accreditato secondo le modalità di seguito dichiarate:

Beneficiario \_\_\_\_\_  
 Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Conto Corrente intestato a \_\_\_\_\_  
 IBAN \_\_\_\_\_

6. di accettare quanto di seguito descritto:
  - "L'Azienda Sanitaria Provinciale e i competenti Servizi Comunali potranno effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile, titolare dell'assegno, e il corretto utilizzo del contributo erogato. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accertati e sottoscritti con il presente "Patto di Cura", l'Azienda Sanitaria si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione del contributo economico";
  - che il suddetto contributo economico verrà erogato secondo le modalità, i tempi, gli importi e le direttive emanate dalla Regione Sicilia.

7. di indicare come assistenti/care givers, le seguenti persone:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8. di impegnarsi a comunicare all'ASP ogni variazione di residenza o domicilio.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali sensibili ai sensi del DPR 196/2003 e smi

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

Firma per esteso leggibile



IL SEGRETARIO

*[Handwritten signature]*