Distretto Socio - Sanitario n.31

COMUNI DI

SANT'AGATA DI MILITELLO – CAPOFILA

Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo D'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco D'Alunzio , San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici

AVVISO PUBBLICO

Disabili Minori Gravi

Richiesta erogazione del beneficio secondo quanto disposto dal D.R.S. n.1716 del 16.12.2020 .

RIAPERTURA TERMINI DAL 18 OTTOBRE AL 31 OTTOBRE 2021

Visto l'art. 14 della L. 32872000 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;

Vista 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”;

Visto l'art. 9 comma 3 ove viene specificato che “ il Fondo finanzia le prestazioni ed i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, ai sensi della normativa vigente, tenendo conto specificamente delle esigenze dei minori affetti da disabilità;

Visto l'art. 30 comma 5 bis della l.r. n.8 dell'08.05.2018 che modifica il comma n.5 dell'art. 9 della legge regionale n.8 del 9 maggio 2017;

Visto il D.P.R.S. n.589/gab del 31/08/2018 che disciplina le modalità e i criteri di erogazione di interventi finanziari in favore di disabilità;

Visto il D.R.S. n.1716 del 16/12/2020

SI RENDE NOTO

Che ai sensi del D.P.R.s. n.589/GAB del 31 agosto 2018 che disciplina le modalità e i criteri di erogazione ai Distretti Socio Sanitario per gli interventi finanziari in favore dei disabili gravi, e del D.R.S. n.1716 del 16.12.2020 che prevede interventi in favore dei minori affetti da disabilità (Art 91 legge regionale n.11 del 12.5.2010) è possibile per i minori disabili gravi, facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 31 (Comuni di Sant'Agata di Militello, Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo D'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco D'Alunzio , San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici), presentare, ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, l'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.

- La richiesta va presentata presso l'ufficio protocollo del comune di residenza **entro e non oltre il 31 ottobre 2021**, pena la non ammissione.
- Il modello dell'istanza, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza o scaricato dal sito **www.santagatadimilitello.me.it**.
- l'istanza dovrà essere corredata da:
 - 1) copia del documento di riconoscimento
 - 2) la certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni), rilasciata nell'anno 2020, dagli uffici ed organismi abilitati. 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 a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria) e si procederà alla presa in carico e all'elaborazione di un piano personalizzato “... *dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta, da ciò deriva, al fine di scongiurare sovrapposizioni o duplicazioni di interventi...*” la definizione 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.

Per le considerazioni suesposte, secondo le modalità del D.D.G n.1716/2020 dovranno seguire le seguenti fasi procedurali:

- Redazione del patto di servizio e contestuale comunicazione all'UVM:

l'ufficio comunale dei servizi sociali, provvederà insieme agli interessati alla redazione e sottoscrizione dei patti di servizi, nonché alla contestuale comunicazione e invio all'UVM di ciascun patto di servizio sottoscritto.

- Erogazione:

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, quest'ultima ammessa purchè rendicontabile con documentazione comprovante il servizio reso.

- Completamento del Progetto Personalizzato:

l'ASP ricevuto, il patto di servizio, avvia la redazione del PAI, ai sensi dell'art.21 del DPCM del 2017.

L'UVM, ai fini della definizione dei bisogni assistenziali, prende atto del patto di servizio ovvero può chiedere la modifica coinvolgendo l'ufficio sociale del comune, tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, la persona disabile e la sua famiglia.

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 Coord.re del D.S. S. n. 31
Ing. Giovanni Amantea

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Bruno Mancuso

OGGETTO: Disabilità Minori Gravi – 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.

Al Distretto Socio Sanitario D31

Tramite il Comune di _____

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritt _____,

nat ___ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

pec _____

In qualità di:*

- beneficiario interessato
- familiare delegato
- rappresentante legale (specificare il titolo) _____

*barrare la casella di interesse

CHIEDE

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

per Soggetto beneficiario

Sig.ra/signor _____

nat ___ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via

_____ n. _____ codice fiscale _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____
_____ pec _____

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera 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 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, 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 rilasciato nel corrente anno 2019, corredato da dichiarazione;
- ed, inoltre:
- 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.

_____, _____
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, 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 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 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

_____, _____
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE