



Distretto Socio - Sanitario D30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - L ibrizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino - Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

Disabilità grave

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

Visti:

- *il D.P.R. n. 589 del 31/08/2018;*
- *il D.D.G. n.2394 del 26/11/2018;*
- *il D.D. n.2538 del 06/12/2018;*
- *la circolare N. 42152 del 27.12.2018 dell'Assessorato della Famiglia delle politiche Sociali e del Lavoro, Servizio 5°;*
- *l'Avviso pubblico del 09/01/2019 finalizzato al censimento delle persone in condizioni di disabilità grave, residenti nel territorio distrettuale, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992,*

SI RENDE NOTO

che i cittadini , residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 30, disabili gravi ai sensi della legge 104/1992, art.3, comma 3. possono presentare apposita istanza per l'attivazione del patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett.b) del D.P. 589/2018 che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

Alla domanda deve essere allegata:

-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%.

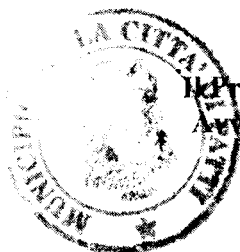
- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992, con allegata dichiarazione che trattasi di copia conforme all'originale ;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Il modello dell'istanza può essere scaricato dal sito istituzionale dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario n.30 oppure ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali e deve essere consegnato all'Ufficio Protocollo del Comune di rispettiva residenza, **entro il 30.04.2019.**

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni da parte dell'UVM- Unità di valutazione Multi dimensionale- al fine della presa in carico e dell'elaborazione di un piano personalizzato del disabile dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta 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 .

Patti, li 27, 03, 2019

Il Coordinatore del Gruppo Piano
Dott.ssa Marcella Gregorio



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Avv. Giuseppe Mauro Aquino

Al Comune di _____
c/o Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Disabilità grave- richiesta attivazione patto di servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in via _____

Telefono _____

DICHIARA

- Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge n.104/92;
- Che nel proprio nucleo familiare come appreso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, il/la Sig. _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge 104/92;

DICHIARA, altresì:

- Di essere in possesso di Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.
- Di essere in possesso di Certificazione ISEE in corso di validità

Allega alla presente istanza:

- Certificato di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge n.104/92;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave):

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla redazione di un Piano personalizzato ex art.14 Legge 328/2000 e s.m.i. ed alla sottoscrizione del patto di servizio allegato al D.P.R.S. 31/08/2018.

Luogo _____ Data _____

FIRMA
