

## 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



COMUNE DI LERCARA FRIDDI



AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 38

Prot.

li

Al Sig. SINDACO  
del COMUNE DI CASTRONOVO DI SICILIA

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 ..... li .....

DICHIARANTE