



## AVVISO PUBBLICO

**OGGETTO: ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. N. 4 DEL 01 MARZO 2017 E AL D.P. 532 DEL 31 MARZO 2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO SUL S.O. N. 18 ALLA G.U.R.S. N.22 DEL 26 MAGGIO 2017- RIAPERTURA TERMINI PRESENTAZIONE ISTANZE".**

### SI RENDE NOTO

che sono stati **riaperti i termini** per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per le persone con disabilità gravissima 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, pubblicato sul S.O. n. 18 alla G.U.R.S. N. 22 del 26/05/2017.**

I familiari dei diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare congiuntamente al Comune di Portopalo di Capo Passero e all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente entro e non oltre il 26 giugno 2017.

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme citate, è subordinato alla verifica da parte dell' unita di valutazione multidimensionale dell' A.S.P. , che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 previa firma del patto di cura in favore del soggetto beneficiario.

### **PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE E PROCEDURE**

L' istanza dovrà essere effettuata compilando apposito modulo che può essere ritirato presso il Comune di Portopalo di Capo Passero via L. Tasca e/o scaricati dal sito istituzionale, e devono essere indirizzate a:

- **Sig. Sindaco Comune di Portopalo di Capo Passero**, via L. Tasca 96010
- **Direttore Generale A.S.P. 8** : Corso Gelone 17 Siracusa 96100

**Restano valide le istanza già presentate a far data dall' 11 maggio 2017, che dovranno essere integrate della eventuale documentazione mancante prevista nel precitato modulo**

Per ogni informazione rivolgersi al Comune di Portopalo di Capo Passero , via L. Tasca, tel. 0931 848037 dott. Rosario Sultana – 0931 848034 sig.ra Giuseppina Cugno.

**Il Sindaco**  
**Giuseppe Ferdinando Milarchi**



Al Sig. Sindaco Comune di Portopalo di Capo Passero  
Via L. Tasca  
Portopalo di C.P.  
96010

Al Direttore Generale A.S.P. 8  
Corso Gelone, 17  
Siracusa  
96100

OGGETTO:ISTANZA PER L' ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. N. 4 DEL 01 MARZO 2017 E AL D.P. 532 DEL 31 MARZO 2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO SUL S.O. N. 18 ALLA G.U.R.S. N.22 DEL 26 MAGGIO 2017

**Soggetto richiedente**

Il/La sottoscritto/a.....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, dichiara di essere:

nato/a a.....il.....residente a .....

via.....codice fiscale.....

tel..... E-mail.....

in qualità di familiare delegato o di rappresentante legale

( Specificare il titolo).....

chiede per il

**Soggetto beneficiario**

Sig./Sig.ra .....

nato/a a.....il.....residente a .....

via.....codice fiscale.....

tel..... E-mail.....

l' accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell' Unità di valutazione multidimensionale dell' A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e previa firma del patto di cura in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

## A TAL FINE DICHIARA

che il beneficiario e' in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell' art.3 comma 3 l.5 febbraio 1992 n. 104;

che il beneficiario e' in possesso del verbale di invalidita' civile con riconoscimento dell' indennita' di accompagnamento

e ritenendo

che per il beneficiario sussistano le condizioni di disabilita' gravissima di cui all' art. 3 del d.m. 26/09/2016 in quanto trovasi in almeno una delle seguenti condizioni (barrare la casella interessata):

- A) In condizione di coma, Stato vegetativo (SV) oppure Stato di minima coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GSC)  $\leq 10$ ;
- B) dipendente da ventilazione meccanica assistita non invasiva continuativa(h24/7gg);
- C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS);
- D) con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- E) Con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ai 4 arti alla Scale Medical Research Council (MRC) o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) $>9$  o in stadio 5 di Hoen e Yahr mod;
- F) con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minoranza visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell' occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall' epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz nell' orecchio migliore;
- G) con gravissima disabilita' comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- H) Con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo seconda classificazione DSM-5 con QI  $\leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound Severe Mental Retardation (LAP-MER) $\leq 8$ ;
- I) in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

DI IMPEGNARSI SIN DA ORA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI CURA DI CUI ALL' ALLEGATO 1 AL D.P.R. 545 DEL 10 MAGGIO 2017.

Allega alla presente domanda:

- Documento di riconoscimento e codice fiscale sia del richiedente che del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore;

Allega altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

- Certificazione di disabilita', ai sensi della Legge 104/92, art. 3 comma 3(dalla quale si deve evincere la diagnosi);
- Certificazione di invalidita' civile al 100% con indennita' di accompagnamento;
- Certificazione medica comprovante la presenza dei requisiti di cui alla lettera I.

Il /La Sig.....autorizza al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l' espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.LGS N. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell' A.C. I dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all' espletamento della procedura ed è regolata dall' art. 19. L'interessato può far valere nei confronti dell' A.C. i diritti di cui all' art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 D.LGS 196/06.

IL RICHIEDENTE

---