



AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: PRESENTAZIONE RICHIESTE PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.RS. 31 AGOSTO 2018, N° 589.

SI RENDE NOTO

Che con disposizione Assessoriale, approvata con D.A. 126/GAB del 13/11/2018, pubblicata nella GURS n. 50 del 23/11/2018 parte prima, ai sensi del comma 5 bis dell' art. 30 della L.R. N. 8/2018 è stata disposta la riapertura dei termini per la presentazione delle istanze per l' accesso al beneficio economico esclusivamente per **i nuovi soggetti** affetti da disabilità gravissima di cui all' art. 3 del D.M. 26/09/2016 per l' applicazione dell' art. 9 della L.R. n. 8/2017 e s.m.i.

Possono fare domanda soltanto **coloro che non hanno mai presentato l'istanza** o coloro i quali, non essendo stati riconosciuti soggetti con disabilità gravissima, hanno avuto un **aggravamento delle condizioni di salute, regolarmente certificato**, e pertanto adesso rientrano in tale categoria.

I familiari dei diretti interessati o loro rappresentanti legali devono presentare istanza presso il Comune di Residenza o presso il Distretto socio sanitario entro il **31/12/2020**.

L' accesso al beneficio economico previsto dalla norma sopracitata, è subordinato alla 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. La percezione del beneficio decorre dalla data di sottoscrizione del suddetto Patto di cura.

Le procedure di valutazione e definizione di ogni singola istanza dovranno essere definite, dalle ASP territorialmente competenti.

PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE E PROCEDURE

Le istanze dovranno essere presentate presso il Comune di Residenza o presso Distretto Socio Sanitario n. 46 e pervenire entro e non oltre il **31 dicembre 2020**.

Le istanze devono essere corredate dalla sottoelencata documentazione:

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

Inoltre in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", dovranno essere allegati i sotto elencati documenti:

- Certificazione di disabilità, ai sensi della Legge 104/92, art. 3 comma 3, dalla quale si deve evincere la patologia;
- Certificazione di indennità di accompagnamento;
- Certificazione medica prodotta da struttura pubblica comprovante un aggravamento clinico rilasciata prima del 01/12/2020 (solo per i soggetti che hanno presentato istanza lo scorso anno e che non sono stati ritenuti aventi diritto allo status di disabilità gravissima).

A CHI RIVOLGERSI

I moduli per la presentazione dell'istanza possono essere ritirati presso il Comune di Portopalo di Capo Passero – Ufficio Servizi Sociali, via Lucio Tasca e/o scaricati dal sito istituzionale: www.comune.portopalo.sr.it e devono essere indirizzate a:

- Comune di Portopalo di Capo Passero – Ufficio Servizi Sociali – via Lucio Tasca n. 81 – Portopalo di C.P.

Per ogni informazione rivolgersi al Comune di Portopalo di Capo Passero – Ufficio Servizi Sociali, telefono 0931 842879 interno 6034 – 6037

Portopalo di Capo Passero, 02/11/2020

***Il Responsabile dell'Area Affari Generali
f.to Dott. Rosario Sultana***

Al Sig. Sindaco Comune di Portopalo di C.P.
Via Lucio Tasca, 81
Ufficio Servizi Sociali
Portopalo di Capo Passero

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA
DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER
L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.RS. 31 AGOSTO 2018,
N° 589.**

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.

A TAL FINE DICHIARA

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell' art.3 comma 3 l.5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
2. che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale;

3. di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, homecare premium e contributi economici);
4. DI NON AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all' art.3 del D.M. 26 settembre 2016;
 DI AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all' art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo;

solo in quest' ultimo caso:

- di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 01/12/2020.

Allega alla presente domanda:

- fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- fotocopia di 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.

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

- copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art. 3, comma 3;
- copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativamente valutata).

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
