



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 47  
COMUNI DI AUGUSTA E MELILLI**

**PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA  
(F.N.A. 2016)**

**AVVISO PUBBLICO**

**VISTO** il Decreto Presidenziale n. 545/GAB del 10-05-2017 che stabilisce di erogare un assegno di cura alle persone con disabilità gravissima aventi diritto all'assistenza socio-sanitaria;

**VISTA** la nota n. 17402 del 12-05-2017 con la quale l'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali rende noto che in data 11/05/2017 è stato pubblicato, sul sito istituzionale del Dipartimento Famiglia, l'Avviso Pubblico rivolto ai disabili gravissimi;

**CONSIDERATO** che il Programma attuativo del Fondo Nazionale per le non autosufficienze, prevede la possibilità di trasferimento monetario destinato ai soggetti di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016, con il quale vengono individuati i parametri che definiscono la disabilità gravissima;

**SI RENDE NOTO**

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 il **09/06/2017** (30 giorni dalla data di pubblicazione del D.P. n. 545/2017, sul sito istituzionale della Regione Sicilia, avvenuta il 11/05/2017);

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 del D.P., ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 449/2000 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 istanze dovranno essere corredate da una copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato e il certificato attestante la disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

La loro valutazione avverrà da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-Sanitaria) che, accertata la condizione di disabilità gravissima, elaborerà il progetto assistenziale personalizzato.

La modulistica è disponibile presso l'Ufficio di Servizio Sociale dei Comuni di Augusta e Melilli e nei relativi siti informatici.

Comune di Augusta      via Eroi di Malta, 12      tel. 0931.980582  
Comune di Melilli      P.zza Crescimanno      tel. 0931.552169

IL SINDACO DI MELILLI  
Giuseppe Cannata



DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO  
Dot. Lorenzo Spina

IL SINDACO DEL COMUNE CAROFLA  
Avv. Cettina Di Pietro



Ai Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

All'Azienda Sanitaria Provinciale Distretto di Augusta

**OGGETTO:** Istanza per l'accesso ai benefici per disabili gravissimi ai sensi della legge regionale n.4/2017 e la D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10/05/2017.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

In qualità di:

- richiedente
- genitore
- altro familiare (specificare \_\_\_\_\_)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la valutazione sulla sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie provinciali, per accedere al beneficio economico regionale a valere sui finanziamenti del F.N.A. 2016 di cui al D.P. n. 545 del 10 Maggio 2017.

**Allega alla presente istanza:**

- 1) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) Certificato attestante la disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

Dichiara di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale, è autorizzata ad effettuare idonei controlli, attraverso gli organi competenti, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal sottoscritto.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs 30 giugno 2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA