

Allegato C

RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE SUL SITO COMUNE DI MELILLI

All'Ufficio Comunicazione
homepage@comunemelilli.it

Oggetto: AVVISO PUBBLICO "DISABILITA' GRAVE"

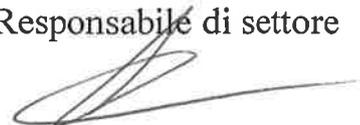
Durata pubblicazione: Dal 04/04/2019 Al 30/04/2019

Home page comune di Melilli
Testo da pubblicare

Allegati da pubblicare
Formato File <u>PDF</u>
Nome file inviato <u>AVVISO PUBBLICO "DISABILITA' GRAVE"</u>

Melilli li 04/04/2019

Il Responsabile di settore





**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D 47
COMUNI DI AUGUSTA E MELILLI**

AVVISO PUBBLICO

Disabilita' grave

VISTI:

il D.P.R. 589 del 31/08/2018;

il D.D. 2538 del 06/12/2018

la circolare del Dipartimento Famiglia n 42152 del 27/12/2018

la nota tecnica regionale n. 7957 del 06/03/2019



COMUNE DI MELILLI
Provincia di Siracusa

Prof. in Partenza
N. 0007695 del 04-04-2019

SI RENDE NOTO

CHE i disabili gravi (art. 3 comma 3 della legge n. 104/92) del Distretto Socio Sanitario D 47, possono presentare istanza, anche tramite delegato, presso gli Uffici dei Servizi Sociali del proprio Comune di residenza per la predisposizione del Patto di Servizio che individui forme di assistenza personalizzata, tramite la valutazione da effettuarsi per mezzo dell'U.V.M. (Unita' di Valutazione Multidisciplinare).

Il modello per la presentazione dell'istanza , che dovra' presentarsi entro e non oltre il **30/04/2019**, puo' essere ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito del proprio Comune.

L'istanza dovra' essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento del beneficiario e dell'eventuale delegato;
- 2) la certificazione ISEE socio-sanitario (fatta eccezione per i soggetti minorenni) in corso di validita'
- 3) verbale della commissione attestante la disabilita' grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

A seguito della presentazione della richiesta si procedera', per ogni disabile richiedente, alla valutazione multidimensionale da parte dell'UVM e alla predisposizione di un piano personalizzato con contestuale sottoscrizione del Patto di Servizio.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra richiesti.

Il Sindaco F.F. di Melilli
(Dott. Giuseppe CORRADINO)



Il Sindaco del Comune di Augusta
Capofila del Distretto 47
(Avv. Maria Concetta DI PIETRO)

Al Comune di _____

OGGETTO : Disabilita' grave – Richiesta attivazione Patto di Servizio allegato al D.P. n. 589/2018 del 31 agosto 2018.

Il/La sottoscritt _____

consapevole della responsabilita' penale cui puo' 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 _____ il _____

di essere residente in via _____ n. _____ Comune di _____

codice fiscale _____ cell. _____

CHIEDE

PER STESSO

per la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente a _____

via/piazza _____ n. _____ codice fiscale _____

cell. _____

l'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza della disabilita' grave ai sensi del comma 3 art. 3 della Lg 104/92 da parte dell'U.V.M. per la predisposizione di un piano personalizzato e l'attivazione del Patto di Servizio allegato al D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- o Che il beneficiario e' disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Lg 5 febbraio 1992 n. 104;
- o Di aver preso visione dello schema di Patto di Servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione dello stesso.
Allega alla presente istanza:
 - 1) Fotocopia del documento di identita' in corso di validita' e il codice fiscale del beneficiario e dell'eventuale delegato;
 - 2) Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Lg. 104/92 (art. 3 comma 3).
 - 3) ISEE Socio Sanitario in corso di validita' , fatta eccezione per i soggetti minorenni.
La Sig.ra/Sig _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta , ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, art. 13 D.L.gs n. 196/03.

FIRMA



Distretto Socio-Sanitario n° 47
DI AUGUSTA
Comuni di Augusta e Melilli

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via /Piazza _____ appartenente al Distretto Socio-Sanitario di _____

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della Lg .n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con D.P.R. 589/2018 del 31/08/2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.

DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

.....
.....
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" e':

- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui:

3. di accettare i seguenti servizi:

.....
.....
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Socio-Sanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Socio-Sanitario/Comune di Residenza potra' effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni del disabile.

6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Socio-Sanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare al Distretto Socio-Sanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

FIRMA