

AVVISO PUBBLICO

in favore dei soggetti minorenni affetti da disabilità grave

Visto il D.P.R. 589 de 31/08/2018 che disciplina le modalità ed i criteri di erogazione ai Distretti Socio Sanitari per interventi finanziari in favore dei disabili gravi;

Vista la L.R. 9 maggio 2017, n. 8 art.9 c. 1 di Istituzione del Fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza;

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 19 del 04/06/2020 che approva il “Programma attuativo del Fondo per la non autosufficienza annualità 2018” per interventi in favore delle persone di minori affetti da disabilità grave (art. 91 L.R. n. 11/2010);

Visto l’art. 91 della suddetta legge regionale che prevede l’adozione di Piani personalizzati per i minori affetti da disabilità grave da attuare con le risorse economicizzate dei P.d.Z. e con una quota non inferiore al 50% del F.N.A. nella disponibilità dell’Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro

Visto il D.P.R. n.1916 del 18.10.2022 di impegno e liquidazione delle somme assegnate ai distretti socio sanitari dell’isola per l’erogazione del beneficio ai disabili minori gravi- F.N.A. Stato – anno 2018- con il quale è stata assegnata al distretto d10 la somma di € 34.181,94 sulla base del censimento numerico dei minori relativo all’anno 2019.

SI RENDE NOTO

Che i caregiver dei minori gravi riconosciuti ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, residenti nei comuni del Distretto socio sanitario D10, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del comune di residenza per l’elaborazione e/o l’aggiornamento del Piano personalizzato che individui forme di assistenza per l’accesso ai servizi territoriali, tramite la valutazione da effettuarsi per mezzo dell’U.V.M (Unità di Valutazione Multidisciplinare)

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà pervenire entro e non oltre il **31/01/2023**, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito dell'albo pretorio on line del proprio Comune.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria del caregiver e del minore;
- 2) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92 da presentare in busta chiusa.
- 3) Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato

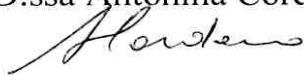
A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di gravità del soggetto disabile da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio- sanitaria) al fine di procedere alla presa in carico dello stesso e all'elaborazione/ aggiornamento di un piano personalizzato dal quale emerga la tipologia d'intervento pianificata in considerazione delle esigenze del disabile, delle risorse di cui lo stesso è beneficiario a motivo della sua condizione e comunque nei limiti delle risorse assegnate al Distretto D10 dal competente Assessorato della Famiglia e delle Politiche Sociali.

Ciascun comune del Distretto D10 provvederà all'istruttoria delle istanze presentate e trasmetterà gli elenchi degli ammessi al comune capofila che provvederà alla definizione dell'importo pro-capite spettante ai beneficiari per la concessione degli interventi indicati nel piano personalizzato.

I suddetti interventi verranno erogati, tramite voucher, dalle cooperative sociali accreditate all'Albo Distrettuale, in analogia con le modalità di erogazione dei servizi gestiti dal Distretto e in conformità alle direttive del Comitato dei Sindaci.

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

Il responsabile dell'Area Amministrativa
D.ssa Antonina Cordaro



Il Sindaco
Giuseppe Catania





OGGETTO: disabili ~~minori~~ gravi – richiesta elaborazione/o aggiornamento Piano personalizzato per erogazione interventi e servizi

AL Comune di _____
 Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt _____

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:

nat_ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità caregiver del disabile grave _____

Nato a _____ il _____ residente a _____ in

via _____ n- _____ C.F. _____

CHIEDE

PER IL soggetto beneficiario

l'elaborazione e/o l'aggiornamento del Piano personalizzato ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente (~~minori~~) ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;

2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora

alla sottoscrizione ;

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 a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente a 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 l. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. _____ del _____ 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" è:
- 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 Sociosanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;
5. di accettare quanto di seguito descritto:
- il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza 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 Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;
7. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del caregiver;
- 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 Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- *[Faint illegible text]*

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della 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, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19.

L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L. gs. N.196/03.

IL RICHIEDENTE
