Comune di Scordia Prot. n. 0017208 del 08-10-2021 interno

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20

V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

II AVVISO PUBBLICO

DISABILITA' GRAVE

Fondo Regionale per la disabilità e per la non autosufficienza di cui al D.R.S. n. 1664 del 11.12.2020 emesso dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro

PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO PER I SOGGETTI IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI CUI ALLA LEGGE 104/92 ART. 3, COMMA 3 IN APPLICAZIONE AL D.P.R.S. N. 589/2018.

IL COORDINATORE DEL GRUPPO PIANO

Rende noto che è possibile presentare istanza da parte dei residenti del comune di Scordia facente parte del Distretto Socio Sanitario D20, per l'erogazione dei servizi socio assistenziali rivolti ai **DISABILI GRAVI** in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92.

I beneficiari del presente avviso sono:

- I soggetti affetti da disabilità grave in possesso della certificazione di cui alla legge 104/92 art. 3, comma 3;

L'accesso al beneficio delle prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie nei limiti dello stanziamento di Bilancio Regionale 2020 di cui al D.R.S. n. 1664 del 11.12.2020, è subordinato alla verifica delle condizioni del grado di non autosufficienza del soggetto da parte dell' l'Unità di Valutazione Multidimensionale o delll'unità operativa dell'Asp-CT Neuropsichiatria Infantile Adolescenza ed all'elaborazione di un piano personalizzato ai sensi dell'art. 14 della legge 328/2000, nonchè sottoscrizione del Patto di Servizio atto ad individuare le prestazioni erogate o erogabili al beneficiario, ovviamente nei limiti delle risorse disponibili.

Il Servizio Sociale del comune di Scordia facente parte del Distretto Socio Sanitario D20 provvederà alla verifica dei dati forniti a mezzo delle autorità competenti.

L'istanza e il patto di servizio di cui ai moduli allegati al presente avviso, dovranno essere inoltrati all'Ufficio Protocollo o a mano presso l'Ufficio URP del comune di residenza entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente avviso.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- La certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici abilitati nell'anno 2021. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- Documentazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92, da presentare in busta chiusa;
- Patto di Servizio firmato e compilato, (All. n.1);

Non verranno accolte le istanze presentate oltre il termine sopra indicato.

Successivamente di concerto con l'Unità di Valutazione Multidimensionale o con l'unità operativa dell'Asp-CT Neuropsichiatria Infantile Adolescenza, saranno definiti i Piani di Assistenza Individuali per dare esecuzione alle prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie previste dal Fondo Regionale per le non Autosufficienze, e sarà data comunicazione ai soggetti beneficiari del servizio in parola per la conseguente scelta della cooperativa che effettuerà il servizio.

Il Coordinatore del Gruppo Piano del
Distretto Socio Sanitario D20
(Ing. Giuseppe Quattrocchi)

V Dipartimento – Settore Servizi Sociali Piazza Municipio, n. 1 95046 Palagonia (CT)
Tel 0957958663 – Fax 0957958624 PEC protocollo.palagonia@legalmail.it

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

Distretto Socio Sanitario D20

V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL
COMUNE DI_____
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

_L_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____
Il___/___/_____ e_____nat_ a_____
residente a _____ in via _____n.____
C. F._____,tel._____
email_____, oppure se impossibilitato
_L_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____
Il___/___/_____ e_____nat_ a_____
residente a _____ in via_____n.____
C. F._____,tel._____
email_____, in qualità di_____
per conto e nell'interesse del soggetto destinatario del beneficio,

CHIEDE PER

Sig./ra _____ nat_ a _____
Il___/___/_____residente a _____in via_____n.____,
C.F._____,tel._____
email_____,
La predisposizione del Patto di Servizio ai sensi del D.P. n. 589/18

A TAL FINE DICHIARA

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non veritiera ai sensi del D.P.R. 445/2000,
Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3, comma 3,legge104/92;
di aver preso visione dello schema del Patto di Servizio allegato alla presente istanza;
Allegati:

- Fotocopie del documento di identità del rappresentante legale e del beneficiario;
- Eventuale documento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del Patto di Servizio compilato e firmato ad esclusione del punto 2;
- Certificazione ISEE in corso di validità;

Comune di Scordia Prot. n. 0017208 del 08-10-2021 interno

5- Di essere consapevole che 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 l'erogazione del servizio;
6- Di comunicare al Distretto Socio Sanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per la procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Firma

_____

Comune di Scordia Prot. n. 0017208 del 08-10-2021 interno