COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE
(Libero Consorzio Comunale di Enna)

A V V I S O PUBBLICO

DISABILITA' GRAVISSIMA - ANNO 2020

Con Decreto n.126/Gab del 13 novembre 2018 dell'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro, è stata disposta, ai sensi del comma 5 bis dell'art. 9 della legge regionale n. 8 del 09 maggio 2018, l'apertura dei termini, dall'01 novembre al 31 dicembre di ogni anno, per la presentazione delle 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, secondo le modalità e i criteri di cui al medesimo art.9.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, al fine di accedere ai benefici di che trattasi, devono presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare all''Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza entro il **31 Dicembre 2020**, utilizzando il modello allegato.

I soggetti istanti saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità.
Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, qualora accertato lo stato di Disabilità Gravissima, dovrà sottoscrivere il Patto di Cura, redatto secondo lo schema del D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n 445/2000, in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I soggetti già sottoposti a visita da parte dell'UVM e non ritenuti aventi diritto allo status di disabile gravissimo possono ripresentare istanza allegando certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 01/11/2020.

All'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:
- Fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia di documento di identità e 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;

Deve essere allegata, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili":
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 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 valutata negativamente).

PER ULTERIORI INFORMAZIONI RIVOLGERSI PRESSO:

Ufficio Servizi Sociali – Comune di Valguarnera Caropepe - Piazza Della Repubblica

Recapiti telefonici:

Assistente Sociale Dott.ssa Santina Amatore 0935/957757

Signora Rosalba Presburgo 0935/955126

Valguarnera 12/11/2020

Il Responsabile A.A. G.G.
Matilde Lanza

Il Sindaco
Dott.ssa Francesca Draià

COMUNE DI VALGUARNERA • SEGRETERIA •

Allegato 1

Al PUA/ Distretto Socio Sanitario di_____

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_____ consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente a _____ in via_____ n._____
codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale.

(specificare il titolo) _____

SOGGETTO BENEFICIARIO

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Signor/a _____ nato/a a _____ il _____
di essere residente a _____ in via_____ n. _____
codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP 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 CHE

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'art. 3, comma 3 della 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 autocertificazione ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo al titolo di esempio, home care 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'stanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i 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 "contenente dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 01 novembre 2020

Allega alla presente:

- 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 beneficiano;
- 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 valutata negativamente).

il/la Sig./Sig.ra _____ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno 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. L'interessato può far valere nei confronti della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D. lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679.

IL RICHIEDENTE

_____