



Comune di Santa Cristina Gela

Provincia Regionale di Palermo
Ufficio Servizi Socio Culturali

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 42

AVVISO PUBBLICO

Disabilità grave

Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del DPR n. 589/2018

Visti:

il D.P.R. 589 de 31/08/2018; il D.D.G. 2394 del 26/11/2018 il D.D. 2538 del 6/12/2018 la circolare del Dipartimento Famiglia servizio 5° prot. 42152 del 27.12.2018 e nota tecnica prot. n°7957 del 06.03.2019;

SI RENDE NOTO

I cittadini del Distretto Socio Sanitario 42 , disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92, per l'attivazione del Patto di Servizio (secondo quanto disposto dall'**art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018**) **che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali**, possono presentare istanza presso i Servizi Sociali dei Comuni ricadenti nel Distretto Socio Sanitario 42.

Relativamente al Comune di Santa Cristina Gela, può essere utilizzato apposito modulo, reperibile sul sito dell'ente all'indirizzo www.comunesantacristinagela.pa.it o presso i Servizi Sociali Via Padre Casciano 1 da presentare all'ufficio protocollo del **Comune di Santa Cristina Gela – Via Skanderbeg n. 8.**

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il **15 aprile 2019**, può essere ritirato presso gli uffici sopra indicati o scaricato dal sito istituzionale del Comune di Santa Cristina Gela e dovrà essere corredato da:

- 1) copia del documento di riconoscimento
- 2) la certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- 3) fotocopia del verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92 (con diagnosi);
- 4) fotocopia del verbale di invalidità civile (con diagnosi).

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio- sanitaria), giusta nota tecnica prot. n°7957 del 06.03.2019 del Dipartimento Famiglia, e all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza dirette e/o indiretta. Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre



Comune di Santa Cristina Gela

Provincia Regionale di Palermo
Ufficio Servizi Socio Culturali

che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

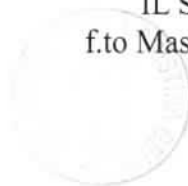
Le amministrazioni comunali provvederanno ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità .

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

Informativa Regolamento Europeo 2016/679. I dati personali raccolti :

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento 679/2016;
- il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Palermo, nella persona del Dirigente del Servizio Innovazione Tecnologica, delegato dal Sig. Sindaco.
- il responsabile del trattamento dati personali è il dirigente del Servizio Persone con disabilità, Anziani e Fragili, domiciliato per la carica presso i locali di via Garibaldi, 26;
- il responsabile protezione dati personali per l'Area Settore della Cittadinanza Solidale è il Capo Area Cittadinanza Solidale, domiciliato per la carica presso i locali di via Garibaldi, 26.

IL SINDACO
f.to Massimo Diano





Comune di Santa Cristina Gela

Provincia Regionale di Palermo
Ufficio Servizi Socio Culturali

Modello di Domanda

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018 .

Comune di _____

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 di beneficiario o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di rappresentante legale)

Soggetto beneficiario

Sig/Sig.ra

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in

Via _____ n. _____

codice fiscale _____



Comune di Santa Cristina Gela

Provincia Regionale di Palermo
Ufficio Servizi Socio Culturali

tel _____ cell. _____

e-mail _____

l'attivazione del Patto di Servizio 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 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 ;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del 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;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

- fotocopia del verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92 (con diagnosi) ;
- fotocopia del verbale di: invalidità civile (con diagnosi)
- ISEE

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti; - la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo;
- il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Palermo, nella persona del Dirigente del Servizio Innovazione Tecnologica, delegato dal Sig. Sindaco.
- il responsabile del trattamento dati personali è il dirigente del Servizio Persone con disabilità, Anziani e Fragili, domiciliato per la carica presso i locali di via Garibaldi, 26;
- il responsabile protezione dati personali per l'Area Settore della Cittadinanza Solidale è il Capo Area Cittadinanza Solidale, domiciliato per la carica presso i locali di via Garibaldi, 26."

IL RICHIEDENTE

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 _____ residente
a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al Distretto socio-sanitario 42
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 detta l. n. 104/92

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n.589/2018 esecutivo dell'articolo 9 della l.r.8/20 1 7e 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.