

COMUNE DI SCIACCA
Libero Consorzio Comunale di Agrigento
CAPOFILA DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N° 7

3° SETTORE – SEZIONE SERVIZI SOCIALI



S. Margherita di B.



Menfi



Sambuca di Sicilia



Sciacca



Caltabellotta



Montevago



A. S.P. Agrigento

AVVISO PUBBLICO
ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO
SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE
FONDO REGIONALE PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA
D. R. S n.2797 del 21/12/2021

SCADENZA 30 DICEMBRE 2022

Visto l'art.9, comma 1, della L.R. n. 8 del 9 maggio 2017 che ha istituito il "Fondo regionale per la disabilità e per la non autosufficienza";

VISTO il D.P.R.S. n. 589 del 31/08/2018 , che disciplina le modalità e i criteri di erogazione degli interventi in favore dei disabili gravi ,in particolare , l'art. 3, comma 4, lett. b), che prevede la sottoscrizione del c.d. "Patto di servizio" per l'individuazione della forma di assistenza adatta a prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di svantaggio, di bisogno e di disagio individuale o familiare; ;

Visto il D.R.S. n. 2797 del 21/12/2021 con il quale, sulla base del censimento numerico della popolazione riferito all'anno 2020, l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro – Dipartimento della Famiglia e Delle Politiche Sociali , ha suddiviso , tra i Distretti Socio Sanitari dell'isola il Fondo per la disabilità e la Non Autosufficienza F.N.A. – REGIONE annualità 2021 - assegnando a questo Distretto Socio Sanitario n.7 - l'importo complessivo di euro **48.589,89 per l'adozione dei piani personalizzati di intervento socio-assistenziale in favore dei soggetti i affetti da disabilità grave certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3;**

SI RENDE NOTO

Che, nel Distretto Socio Sanitario n.7 si può presentare istanza di attivazione del "Patto di Servizio" per i soggetti affetti da disabilità grave certificata, ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92;

La richiesta va presentata presso l'ufficio protocollo del comune di residenza entro il 30 dicembre 2022, pena la non ammissibilità;

Il modello dell'istanza può essere scaricato oltre che dal sito www.comune.sciacca.ag.it del comune di Sciacca anche collegandosi ai siti Istituzionali di ciascun comune del Distretto ;

L' erogazione dei servizi socio assistenziali avverrà , per libera scelta, secondo una delle seguenti modalità di gestione:

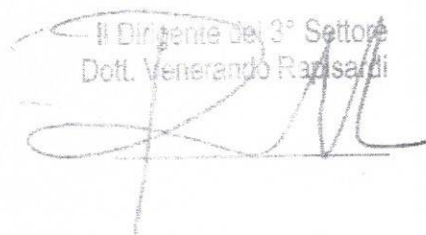
- **Assistenza diretta:** il servizio è "direttamente" fornito dal Comune che si avvale degli enti "no profit" accreditati in ambito distrettuale. A ciascun beneficiario sarà assegnato un "titolo sociale " il cui valore nominale potrà essere speso per l'acquisto dei servizi socio assistenziali "esclusivamente" gli enti accreditati;
- **Assistenza indiretta** - il beneficiario del "titolo sociale" sceglierà l'operatore socio assistenziale con il quale stipulerà un accordo/contratto nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali (lavoro dipendente o lavoro professionale) anticipandone tutte le spese di esecuzione .Il rimborso avverrà su richiesta indirizzata al Di-nelle SS7 allegando idonea documentazione giustificativa della spesa.

L' istanza dovrà essere corredata di:

- Copia (fronte /retro) del documento di identità, in corso di validità, e del codice fiscale del richiedente;
- Copia (con diagnosi) della certificazione attestante la disabilità grave certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992
- Attestazione ISEE "Socio sanitario" in corso di validità (fatta eccezione per i soggetti minorenni).

In caso di Attestazione ISEE ,pari o superiore ad euro 25.000,00, le prestazioni saranno ridotte del 30% (art. 3 comma 2 del D.P.R.S. n. 589 del 31/08/2018).

Il Dirigente del 3° Settore
Dott. Venerando Rapisardi



Schema di domanda

SCADENZA 30 DICEMBRE 2022

Al Distretto Socio Sanitario n. 7

Comune di _____

Oggetto : DISABILI GRAVI - RICHIESTA ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO. F.N.A. REGIONE ANNUALITA' 2021
- D.R.S. 2797 DEL 21/12/2021

Soggetto richiedente

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ codice fiscale _____ e residente in _____
via _____ telefono _____

() Per se stesso;

() In qualità di familiare _____ () amministratore di sostegno / tutore

Soggetto beneficiario (Persona disabile ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92)

() Adulto () Minore

Nome _____ cognome _____
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
In via _____ telefono _____

CHIEDE

L'attivazione del PATTO DI SERVIZIO ai sensi dell'art.3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/2018

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico e dello schema di Patto di servizio;
- Di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli Uffici comunali si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):
 - non usufruisce di altri servizi;
 - usufruisce dei seguenti servizi di assistenza pubblica erogati da:

-
- Di impegnarsi alla sottoscrizione del patto di servizio, di cui all'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P.R. n. 589/2018.

Allega alla presente richiesta:

- Copia (fronte/retro) del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e/ o richiedente;
- Attestazione ISEE socio-sanitario, in corso di validità (fatta eccezione per i soggetti minorenni) (**)
- Provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delega

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" , il seguente documento:

- Copia (con diagnosi) della certificazione attestante la disabilità grave art. 3 comma 3 legge 104/1992;

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.

Luogo e data

Firma del Richiedente

(*) In caso di certificazione ISEE socio sanitario pari o superiore ad euro 25.000,00, le prestazioni saranno ridotte del 30% (art. 3 comma 2 del D.P.R.S. n. 589 del 31/08/2018).

PATTO DI SERVIZIO

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

Il/La sottoscritta/a _____ nato/a 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'U VM 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 dei 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 dei D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.:

DICHIARA

I. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici c/o servizi:

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

2. se maggiorenne, clic il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario":

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

Luogo e data

Firma