

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

**III° SETTORE – SEZIONE SERVIZI SOCIALI**



S. Margherita di B.



Menfi



Sambuca di Sicilia



Sciacca



Caitabellotta



Montevago



A. S.P. Agrigento

**AVVISO PUBBLICO**  
**ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO**  
**MAGGIORENNI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE**  
**FONDO PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA**  
**F.N.A. STATO ANNO 2018**  
**D. R. S n.1915 del 18/10/2022**

**SCADENZA 22 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 atta a prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di svantaggio, di bisogno e di disagio individuale o familiare; ;

**Visto il D.R.S. n. 1915 del 18/10/2022** 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. STATO annualità 2018 - assegnando a questo Distretto Socio Sanitario n.7 - l'importo complessivo di euro **78.263,68** per l'adozione dei piani personalizzati di intervento socio-assistenziale, in favore dei soggetti maggiorenni 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 possono presentare istanza di attivazione del "Patto di Servizio" i soggetti maggiorenni 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 22 dicembre 2022, pena la non ammissibilità;

Il modello dell'istanza può essere scaricato oltre che dal sito [www.comune.sciacca.ag.it](http://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" presso 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 Distretto 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.

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





Comune di \_\_\_\_\_

OGGETTO : MAGGIORENNI DISABILI GRAVI. RICHIESTA ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO  
F.N.A. STATO ANNUALITA' 2018 – D.R.S. 1915 DEL 18/10/2022

**Soggetto richiedente**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ e residente in  
via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Per se stesso;

In qualità di familiare \_\_\_\_\_  amministratore di sostegno /tutore

Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
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 let. 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 richiedente;
- Attestazione ISEE socio-sanitario, in corso di validità (\*)
- 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 attestazione 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 territoriale competente.
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della I. 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