



Comune di Nicosia



Comune di Troina



Comune di Sperlinga



Comune di Capizzi



Comune di Gagliano CF



Comune di Cerami



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 23

Comuni di Nicosia, capofila, Troina, Capizzi, Gagliano C. to, Cerami, Sperlinga, Asp.4

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DELLA ISTANZA DI ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ARTICOLO 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.

Il Distretto Socio-Sanitario D/23 informa che con disposizione Assessoriale, approvata con D.A. 126/GAB del 13/11/2018, emanata dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, è stata disposta l'apertura dei termini dal 1° Novembre al 31 Dicembre di ogni anno per la presentazione delle istanze 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.

A tal fine si avvisano i soggetti interessati che le istanze per l'anno 2021 dovranno essere presentate entro il 31 Dicembre 2020, termine perentorio, presso il PUA/Distretto Socio Sanitario 23 per il tramite del Comune di residenza.

L'istanza dovrà essere effettuata compilando l'apposito modulo predisposto dall'Assessorato alla Famiglia, allegato al presente avviso.

Dirigente Coordinatore
(Dott.ssa Patrizia Mancuso)

COMUNE DI NICOSIA
- Ufficio Servizi Sociali -

Al Comune 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 attualmente residente in provincia di _____ comune di _____ via _____ n° _____ cap _____ 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 il _____ a _____ il _____ di essere attualmente residente in provincia di _____ comune di _____ in via _____ n° _____ cap _____ 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 allegare 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 **DINON 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'istanza 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 1 dicembre 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 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:

- 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 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

Protocollo Partenza N. 27887/2020 del 16-11-2020
Allegato 1 - Copia Documento