

COMUNE DI CALTAVUTURO
14. NOV. 2022
PROT. N. 13764



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 37

COMUNE CAPOFILIA: Termini Imerese

COMUNI ADERENTI: Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciarra, Scillato, Sclafani Bagni, Trabia

Agli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 37  
Al Distretto Sanitario 37

**Oggetto:** trasmissione avvisi pubblici per disabilità grave minorenni e maggiorenni e Censimento anno 2022

Visto il D.R.S. n. 1915 del 18/10/2022, con il quale l'Assessorato Regionale alla Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, al fine della programmazione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le "Non Autosufficienze", con il quale assegnata la somma di riparto per l'anno 2018 pari ad € 67935.68 per l'assistenza a disabili gravi del D.S.S n. 37.

Visto il D.P.R.S n. 1916 del 18/10/2022, con il quale l'Assessorato Regionale alla Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, al fine della programmazione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le "Non Autosufficienze", con il quale assegnata la somma di riparto per l'anno 2018 pari ad € 112035.92 per l'assistenza a disabili gravi minori del D.S.S 37

con la presente si trasmettono gli avvisi pubblici e i moduli di domanda relativi alla disabilità minorenni e maggiorenni anno 2022

Si prega di pubblicarlo nei rispettivi siti comunali e di darne ampia informazione ai cittadini.

Scadenza per la presentazione delle istanze ore 12,00 del giorno 16 Dicembre 2022

La P.O. Resp.le dell'Ufficio Piano D.S.S. 37



VINCENTO  
SCHILLACI  
14.11.2022  
14:07:23  
GMT+01:00

La Posizione Organizzativa  
Responsabile Ufficio Piano - Distretto Socio-Sanitario n.37  
Piazza Duomo 90018 Termini Imerese (Pa)  
Tel. 091 8128422

[www.comuneterminiimerese.pa.it](http://www.comuneterminiimerese.pa.it)  
**e-mail:** [v.schillaci@comune.termini-imerese.pa.it](mailto:v.schillaci@comune.termini-imerese.pa.it)  
**pec:** [protocollo@pec.comuneterminiimerese.pa.it](mailto:protocollo@pec.comuneterminiimerese.pa.it)



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 37

COMUNE CAPOFILA: Termini Imerese

COMUNI ADERENTI: Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciara, Scillato, Sclafani Bagni, Trabia

### AVVISO PUBBLICO

#### DISABILITÀ GRAVE MINORI

F.N.A. Stato – Anno 2018–

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

Censimento numero di Disabili Gravi Minori del Distretto Socio-Sanitario 37

Visto il D.P.R.S n. 1916 del 18/10/2022 , con il quale l'Assessorato Regionale alla Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, al fine della programmazione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le "Non Autosufficienze", con il quale assegnata la somma di riparto per l'anno 2018 pari ad € 112035.92 per l'assistenza a disabili gravi minori del D.S.S 37

#### SI RENDE NOTO

che per i cittadini, disabili gravi in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92 del Distretto Socio-Sanitario 37, può essere presentata istanza presso l'ufficio protocollo del Comune di residenza 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.

Si fa presente che la presentazione dell'istanza verrà utilizzata anche ai fini del Censimento dei Disabili Gravi, come richiesto dall'Assessorato Regionale.

Il modello per la presentazione dell'istanza, potrà essere ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza o scaricato dai siti istituzionali.

**L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del giorno 16 Dicembre 2022.**

#### Documentazione da allegare:

- 1) Istanza come da apposito modello debitamente firmata e corredata;
- 2) Copia del documento di riconoscimento;
- 3) Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

L'erogazione del servizio avverrà a mezzo Voucher di servizio, e potrà prevedere sia prestazioni di Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) che Servizio di assistenza Educativa Domiciliare e Territoriale (SEDТ).

Ad ogni utente sarà assegnato un valore di Voucher per ore di assistenza che sarà determinato in relazione al numero degli utenti che hanno presentato la relativa istanza e sono stati valutati in possesso dei requisiti per accedere al servizio.

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria) e si procederà alla presa in carico del disabile e all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta.

Saranno assistiti tutti i richiedenti che risulteranno idonei in seguito alla verifica delle istanze presentate.

L'Amministrazione Comunale provvederà 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 dalla documentazione sopra indicata.

La P.O. Resp.le dell'Ufficio Piano D.S.S. 37



VINCENZO  
SCHILLACI Dr. Vincenzo Schillaci  
14.11.2022  
14:07:23  
GMT+01:00

Spett. Comune di \_\_\_\_\_

OGGETTO: Minori Disabilità Grave M i n o r i il D.P.R.S n. 1916 del 18/10/2022 - Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D:P: n. 589/2018.

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscrit

nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

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

**chiede**

per il Soggetto beneficiario

\_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ 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 in forma assistenziale per l'erogazione dei servizi SAD e/o SEDT.

#### **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 e 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:
  - Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono 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 ed è regolata dall'art. 19. L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L gs. N. 196/03.

li \_\_\_\_\_

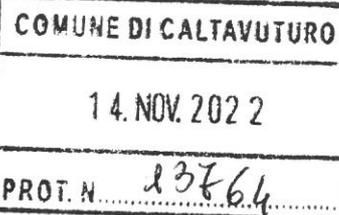
IL RICHIEDENTE  
\_\_\_\_\_



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 37

COMUNE CAPOFILIA: Termini Imerese

COMUNI ADERENTI: Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciarra, Scillato, Sclafani Bagni, Trabia



### AVVISO PUBBLICO

Disabilità Grave MAGGIORENNI F.N.A. Stato – Anno 2018 –

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

Censimento numero di Disabili Gravi del Distretto Socio-Sanitario 37

Visto il D.R.S. n. 1915 del 18/10/2022, con il quale l'Assessorato Regionale alla Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, al fine della programmazione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le "Non Autosufficienze", con il quale assegnata la somma di riparto per l'anno 2018 pari ad € 67935.68 per l'assistenza a disabili gravi del D.S.S n. 37.

### SI RENDE NOTO

che i cittadini, disabili gravi in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92 del Distretto Socio-Sanitario 37, sono invitati a presentare istanza presso l'ufficio protocollo del Comune di residenza 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.

Si fa presente che la presentazione dell'istanza verrà utilizzata anche ai fini del Censimento dei Disabili Gravi, come richiesto dall'Assessorato Regionale.

Il modello per la presentazione dell'istanza, potrà essere ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza o scaricato dai siti istituzionali.

**L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del giorno 16 Dicembre 2022.**

#### Documentazione da allegare:

- 1) Istanza come da apposito modello debitamente firmata e corredata;
- 2) Copia del documento di riconoscimento;
- 3) Certificazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati in corso di validità; (per chi supera il valore di € 25.000,00 come si evince dalla certificazione ISEE, avrà la decurtazione del servizio pari al 25%)
- 4) Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

L'erogazione del servizio avverrà a mezzo Voucher di servizio, e potrà prevedere sia prestazioni di Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) che Servizio di assistenza Educativa Domiciliare e Territoriale (SED).

Ad ogni utente sarà assegnato un valore di Voucher per ore di assistenza che sarà determinato in relazione al numero degli utenti che hanno presentato la relativa istanza e sono stati valutati in possesso dei requisiti per accedere al servizio.

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria) e si procederà alla presa in carico del disabile e all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta.

Saranno assistiti tutti i richiedenti che risulteranno idonei in seguito alla verifica delle istanze presentate.

L'Amministrazione Comunale provvederà 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 dalla documentazione sopra indicata.

La P.O. Resp.le dell'Ufficio Piano D.S.S. 37



VINCENZO  
SCHILLACI  
14.11.2022  
14:07:23  
GMT+01:00

Dr. Vincenzo Schillaci

Spett. Comune di \_\_\_\_\_

OGGETTO: Disabilità grave Maggiorenni D.R.S. 1915 del 18/10/2022- Richiesta attivazione Pattodi Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018 – CENSIMENTO ANNO 2022

**Soggetto richiedente**

Il/La Sottoscrit \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)  
\_\_\_\_\_

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

chiede per il (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Sig.ra \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018 in forma assistenziale: per l'erogazione dei servizi SAD e/o SEDT

**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 e 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:
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- ISEE

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono 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 ed è regolata dall'art. 19. L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.L gs. N. 196/03.

li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IL RICHIEDENTE