

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N°17

COMUNI DI :GIARRE-CALATABIANO-CASTIGLIONE DI SICILIA-FIUMEFREDDO-DI SICILIA
LINGUAGLOSSA-MASCALI-MILO-PIEDIMONTE ETNEO-RIPOSTO-SANT'ALFIO

ENTE CAPOFILIA COMUNE DI GIARRE

AVVISO PUBBLICO

Si informa che si sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per **disabili gravissimi, incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica**, di cui alla Legge Regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. del 10 maggio 2017.

Le persone in condizioni di disabilità gravissima, ai soli fini del presente Decreto si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n.18/80 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DM del 26/09/2016.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente **entro e non oltre il 10 giugno 2017**.

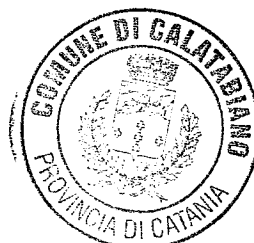
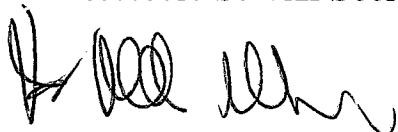
I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art.3 del D.M. del 26/09/2016.

Coloro che risulteranno idonei riceveranno un **contributo monetario diretto da utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare**.

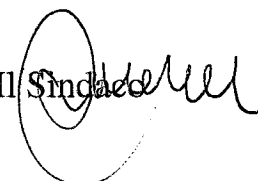
Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante legale, dovrà sottoscrivere un patto di cura, redatto ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n.445/2000, in cui dichiarerà che il beneficio economico sarà utilizzato **esclusivamente per la cura della persona disabile**.

I servizi sociali dei Comuni del Distretto socio – sanitario n.17 e l'Azienda Sanitaria Provinciale, effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze si provvederà alla sospensione del beneficio economico.

L'Assessore Servizi Sociali



Il Sindaco



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.17

COMUNI DI: CALATABIANO - CASTIGLIONE DI SICILIA – FIUMEFREDDO – LINGUAGLOSSA –
MASCALI - MILO- PIEDIMONTE ETNEO – RIPOSTO - SANT’ALFIO

ENTE CAPOFILIA COMUNE DI GIARRE

OGGETTO : Istanza per interventi in favore di persone in condizione *di
disabilità gravissima, incluse le persone affette da sclerosi laterale
amiotrofica*, ai sensi del D.P.N.545/GAB del 10 maggio 2017.

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell’art.47 del D.P.R.n.445 del 28/12/2000

All’ASP n.3
Viale Don Minzoni n.3

GIARRE

Al Sig.

Sindaco

COMUNE DI

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
(.....) il .../.../..... residente a (.....) Via..... n..... telefono/.....

Codice Fiscale .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

In qualità di :

- Familiare.....
- Legale rappresentante della persona disabile

del/la Sig./ra
nato/a a il .../.../..... residente in alla Via
.....n.
Recapiti telefonici

Codice Fiscale .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

CHIEDE

Il contributo monetario diretto da *utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare* così come previsto dal D.P.N.545/GAB del 10 maggio 2017 in favore di persone in condizioni di *disabilità gravissima, incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica*

A tal fine

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario residente ain Via.....
è così composto:

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

ALLEGA alla presente:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi/certificazione dei Centri di riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
2. Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente e/o del beneficiario.

AUTORIZZA

il Comune di al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento dell'intervento, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

(Luogo e data)

.....

Firma