

## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 26

Comune Capofila Messina

**COMUNI DEL DISTRETTO::** MESSINA – ALI TERME – ALI – FIUMEDINISI – FURCI SICULO –  
ITALA – MANDANICI – NIZZA DI SICILIA – ROCCALUMERA – ROMETTA – SAPONARA –  
SCALETTA ZANCLEA – VILLAFRANCA TIRRENA – PAGLIARA

### AVVISO PUBBLICO

**OGGETTO:** Richiesta attivazione Patto di Servizio, art. 3, comma 4, lett. b) del D.P.R. n. 589/2018.

**Visti:**

- Ⓞ il D.P.R. n. 589 de 31/08/2018;
- Ⓞ il D.D.G. 2394 del 26/11/2018;
- Ⓞ il D.D. 2538 del 6/12/2018;
- Ⓞ la circolare del Dipartimento Famiglia - Servizio 5° prot. n. 42152 del 27/12/18;

### SI RENDE NOTO CHE

I cittadini residenti nel Distretto Socio-Sanitario 26, riconosciuti disabili gravi, ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge n.104/92 e ss.mm.ii., possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del comune di residenza per la predisposizione 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 da rendersi a favore degli stessi, previa valutazione, presa in carico e stesura di un piano personalizzato da parte dell'U.V.M. socio-sanitaria.

Al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, il piano personalizzato dovrà contenere l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emergano con chiarezza le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione e le eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta.

Il modello per la presentazione dell'istanza può essere ritirato presso gli uffici del Dipartimento Politiche Sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal relativo sito e dovrà essere presentato entro e non oltre il 25 marzo 2019 presso il rispettivo comune di residenza.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- modello ISEE socio-sanitario;
- copia verbale della commissione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge n. 104/92, da presentare in busta chiusa e con la dicitura "contiene dati sensibili".

Non sono tenuti alla presentazione dell'ISEE i disabili gravi di età inferiore ai 18 anni.

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 riportata nel modello di domanda.

Il presente avviso e il modello di domanda possono essere ritirati presso l'ufficio Servizi Sociali del Comune e possono essere scaricati dai siti internet

[www.comunescalettazanaclea.it](http://www.comunescalettazanaclea.it)



IL SINDACO  
(Dr. Gianfranco Moschella)

**PATTO DI SERVIZIO**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ appartenente a 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'UVM 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 del 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 del D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.;

**DICHIARA**

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

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

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

- 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.

(2018.36.2185)102

**Copia fatta dal sito Ufficiale della G.U.R.S. Copia non valida per la  
comunicazione**

### Modello di Domanda

**OGGETTO:** disabilità grave - richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3, comma 4, lett. b), del D. P. n. 589/2018.

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Dipartimento Politiche Sociali

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 445/2000 n.445 e ss.mm.ii., dichiara di essere:

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Nella qualità di :

Richiedente

ovvero

Familiare (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile) \_\_\_\_\_

Altro (tutore, amministratore di sostegno, ecc..) \_\_\_\_\_

Del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via /P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di accedere ai benefici per i disabili gravi di cui alle leggi regionali nn.4 e 8/2017 ed al D.P. 589/2018, e di essere ammesso alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

#### A TAL FINE DICHIARA

a) che il beneficiario è disabile grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge n. 104/1992;

b) di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed 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 diverso dal beneficiario;
- Ⓞ eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o 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 socio-sanitario – Anno 2019.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy che qui si intende interamente richiamata.

Data .....

Firma

.....