



ASP N. 9



GIBELLINA



MAZARA DEL VALLO



SALEMI



VITA

-----oOo-----

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 53

- Legge 328/2000 -

Comune Capofila: MAZARA DEL VALLO

All. "A"

AVVISO

PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE DA PARTE DI SOGGETTI DISABILI GRAVI (AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA L. 104/92) AI FINI DELL'INDIVIDUAZIONE DELLE FORME DI ASSISTENZA DA EROGARE IN LORO FAVORE

IL COORDINATORE DEL D.SS. 53

VISTA la legge regionale n.8 del 9 maggio 2017 art. 9 comma 1 di "Istituzione del Fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza";

VISTO l'art. 30 comma 5 bis della l.r. n.8 dell'8.05.2018 che modifica il comma n. 5 dell'art.9 della legge regionale n.8 del 9 maggio 2017

VISTO il D.P.R.S. n.589/GAB. del 31 Agosto 2018 che disciplina l'applicazione, nel territorio regionale siciliano, dell'art. 9 della legge regionale 9 maggio 2017, n.8, così come modificato dall'art. 30 della legge regionale 8 maggio 2018, n.8;

CONSIDERATO che all'art. 3 del D.P. 589/GAB del 31/08/2018 è prevista da parte del disabile grave la presentazione di istanza per la sottoscrizione del patto di servizio, funzionale all'individuazione delle forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali;

CONSIDERATO che con D.D.G. 2538 del 06/12/2018 del Serv. 5 del Dipartimento Regionale Della Famiglia e delle Politiche Sociali è stata ripartita la somma ai Distretti Socio-Sanitari della regione Sicilia, ed in particolare al Distretto SS 53 è stata assegnata la somma complessiva di € 328.018,00;

CONSIDERATO che il Servizio 5 del Dipartimento Famiglia dell'Assessorato regionale, con circolare prot.42152 del 27/12/2018, ha emanato taluni indirizzi in merito a quanto disposto dall'art. 3, comma 4 lett b e comma 6 del DPR 589 del 31/08/2018;

VISTA la nota del 17 Aprile 2020 prot. 10921/Servizio 7 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro riguardante la semplificazione delle procedure relativamente ai fondi stanziati per la Disabilità Grave ed alla introduzione dell'erogazione oltre che dell'Assistenza Diretta anche dell'Assistenza indiretta;

RENDE NOTO

Che è intenzione di questo Distretto Socio-Sanitario 53 (Comuni di Mazara del Vallo, Salemi, Gibellina e Vita), avviare l'assistenza in favore di soggetti con disabilità grave e, pertanto, gli utenti interessati possono rivolgersi presso gli uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza per la compilazione

dell'istanza e per l'attivazione del Patto di Servizio (D.P.R n. 589/2018) che, sulla base delle indicazioni di cui alla nota del 17 Aprile 2020 prot. n. 10921/Servizio 7 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, è stato integrato per poter richiedere e concordare anche l'Assistenza indiretta.

L'istanza, presentata sul modello (All.1) al presente Avviso, dovrà essere presentata entro il 26 settembre 2020 e corredata:

- 1) copia del documento di riconoscimento del beneficiario e del soggetto che inoltra l'istanza in suo nome;
- 2) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;
- 3) certificazione ISEE;

Dopo la presentazione dell'istanza l'utente sarà avviato al colloquio con l'Assistente Sociale per la predisposizione del Patto di Servizio che dovrà essere sottoscritto dai beneficiari o da un familiare delegato o da un rappresentante legale e che sarà trasmesso all'UVM per la definitiva approvazione.

Il Comune Capofila del Distretto SS 53, procederà infine ad erogare ai soggetti disabili gravi come sopra individuati i rispettivi interventi pianificati a mezzo della sottoelencata modalità di erogazione di servizi:

☐ **ASSISTENZA DIRETTA – DPR 589-2018**

- a) Servizio di Assistenza Domiciliare erogato tramite Cooperativa Sociale iscritta all'Albo Regionale ai sensi della L.R. 22/86;

☐ **ASSISTENZA INDIRETTA - Art. 9 L.R. 8-2017 del 09.05.2017**

- a) soggetti accreditati di cui all'albo regionale delle Istituzioni socio-assistenziali pubbliche e private istituito ai sensi dell'articolo 26 della L.R. 9 Maggio 1986 nr. 22 e ss.mm.ii.;
- b) operatori iscritti al registro pubblico degli assistenti familiari istituito con Decreto dell'Assessorato Regionale per la Famiglia, le Politiche Sociali ed il Lavoro del 22 Aprile 2010 ai sensi della L.R. 31 Luglio 2003 nr. 10 e ss.mm.ii.;
- c) operatori OSA ed OSS;
- d) caregiver familiare. Per caregiver familiare si intende il familiare convivente entro il secondo grado di parentela o affinità ai sensi del titolo V° del Libro I° del Codice Civile, che si prende effettivamente cura della persona con disabilità.

ATTENZIONE:

I cittadini del Distretto Socio Sanitario 53 che hanno già provveduto a presentare, a suo tempo, istanza e hanno già condiviso il Patto di Servizio, non dovranno effettuare nuova istanza, ma saranno convocati dalle Assistenti Sociali per procedere a verificare la tipologia di assistenza richiesta (se diretta o indiretta) ed a completare, di conseguenza, il Patto di Servizio

Il presente Avviso pubblico potrà subire eventuali modifiche ed integrazioni nel caso in cui sopraggiungano successive disposizioni tecniche da parte dell'Assessorato Regionale competente.

Il Responsabile del procedimento è il Sig. Barranca Paolo.

Per eventuali informazioni e chiarimenti è possibile contattare:

Per il Comune di Mazara del Vallo - responsabile dell'istruttoria/ responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili Sig.ra Muratore Caterina tel.0923/671659;

Per il Comune di Salemi- responsabile dell'istruttoria/ responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili: Sig. Ardagna Angela – Tel. 0924/991203;

Per il Comune di Gibellina - responsabile dell'istruttoria/responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili Dr.ssa Ippolito Antonella tel. 0924/985146;

Per il Comune di Vita- responsabile dell'istruttoria/responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili Sig.ra Giglio Marianna tel. 0924/955277.

Mazara del Vallo li 26 Agosto 2020

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Sig. Paolo Barranca

IL DIRIGENTE COORDINATORE DEL DISTRETTO SS53

Dott. ssa Maria Gabriella Marascia

Mod. All. 1 all'Avviso Pubblico

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 53
C/O SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE
 DI _____

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018 e dalla nota del 17 Aprile 2020 prot. 10921/Servizio 7 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

Soggetto richiedente

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. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

- a) di essere nat_ a _____ il _____
 b) di essere residente a _____ in via _____
 n. _____
 c) codice fiscale _____ tel. _____
 cell. _____ e-mail _____
 in qualità di:
 /___/ beneficiario
 /___/ familiare delegato
 /___/ di rappresentante legale (specificare il titolo) _____

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

Il/la Sig./ra _____ 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 letta b) del D.P. n. 589/2018 e con l'integrazione di cui alla nota del 17 Aprile 2020 prot. 10921/Servizio 7 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

Il Dichiarante (beneficiario o delegato)**DICHIARA, altresì'**

- 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 cognizione di quanto stabilito nell'Avviso pubblico;
- 3) Di essere a conoscenza che successivamente sarà predisposto, con l'Assistente Sociale del Comune il Patto di servizio (All.2 all'Avviso) impegnandosi a rispettarlo.

- 4) Di acconsentire, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

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;
- ☐ verbale della commissione, con diagnosi, attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;

Data e Luogo _____

IL BENEFICIARIO O DELEGATO

Modello Allegato 2 all'Avviso Pubblico**PATTO DI SERVIZIO**

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dall'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 al Distretto socio-sanitario 53, Comune di _____

in qualità di:

/_____/ beneficiario

/_____/ delegato (tutore o procuratore) del beneficiario nome _____

cognome _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

- ☐ presente negli elenchi trasmessi dal Comune al Distretto Sanitario e Sociosanitario;
- ☐ censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- ☐ classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dall'articolo 3, comma 3 della L. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con D.P. n. 589/GAB del 31/08/201, come integrato dalla nota del 17 Aprile 2020 prot. 10921/Servizio 7 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro;

Ai sensi degli artt. 46 e 42 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:

☐ **ASSISTENZA DIRETTA**

servizio erogato tramite Cooperativa Sociale iscritta all'Albo Reg.le ai sensi della L. R. n. 22/86.
Servizi ammessi:

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

☐ **ASSISTENZA INDIRETTA**

☐ a) soggetti accreditati di cui all'albo regionale delle Istituzioni socio-assistenziali pubbliche e private istituito ai sensi dell'articolo 26 della legge regionale 9 maggio 1986, n. 22 e successive modifiche ed integrazioni;

☐ b) operatori iscritti al registro pubblico degli assistenti familiari, istituito con decreto dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro del 22 aprile 2010, ai sensi della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10 e successive modifiche ed integrazioni;

☐ c) operatori OSA e OSS;

☐ d) caregiver. Per caregiver si intende il familiare convivente entro il secondo grado di parentela o affinità ai sensi del titolo V del libro I del codice civile, che si prende effettivamente cura della persona con disabilità.

Indicare grado di parentela _____

4. di essere a conoscenza che nel caso di assistenza indiretta sarà ammessa nei limiti del costo del servizio a carico dei fondi alla disabilità grave previsti nel "Progetto personalizzato disabile grave" e sarà rendicontata con documentazione comprovante la spesa giustificativa (nota prot. n. 10921/servizio 7 Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali e del Lavoro).

5. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Socio-Sanitario 53 Comune di _____ per l'erogazione del servizio;

6. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Socio-Sanitario 53 Comune di _____ potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.

- nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Socio-Sanitario 53 Comune di _____

_____ si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione
dei servizi;

- di impegnarsi a comunicare Distretto Socio-Sanitario 53 Comune di
_____ ogni variazione di domicilio.

Luogo e data _____

Firma del beneficiario o delegato
