

## AVVISO PUBBLICO

### *Per erogazioni dirette dell'assegno di cura a disabili gravissimi*

Si informa che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per i **disabili gravissimi** di cui alla legge regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, pubblicato sul sito della Regione Sicilia in data 11/05/2017.

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 30 giorni dalla data di pubblicazione del D.P. n. 545/2017 sul sito della Regione Sicilia in data 11/05/2017.

I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, congiuntamente con i Servizi Sociali dei Comuni, che dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all' art.3 del D.M. 26.09.2016 allegato al presente avviso.

Coloro che risulteranno essere nelle condizioni previste dal D.M. 26.09.2016 e avranno optato per tale soluzione, potranno ricevere un trasferimento monetario diretto da utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare.

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un **patto di cura**, redatto secondo lo schema allegato al precitato decreto presidenziale, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n 445/2000 in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I servizi sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, 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.

Le Aziende Sanitarie Provinciali della Sicilia, i Distretti Sociosanitari e i Comuni tutti dovranno pubblicare il presente avviso nei propri siti istituzionali e curarne la più ampia diffusione

**MODICA**

22/05/2017

**IL Coordinatore del Gruppo Piano**

*Dott. Stefano Indelicato*





D43



Al Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_  
Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

**ISTANZA PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA**  
**Ai sensi del D.P. 545 del 10.5.2017**

*Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445/00*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_,  
appartenente al Distretto Socio-Sanitario di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Ai sensi della L.R. n. 4 del 01/03/2017 nonché del D.P. n. 532/2017 modificato con D.P. n. 545 del 10 maggio 2017 art.1.**

Per il/la \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in Via \_\_\_\_\_, in situazione di disabilità gravissima, previa valutazione dei requisiti richiesti per legge, il trasferimento monetario diretto di cui all'art. 1 della L.R. 1 marzo 2017 n.° 4

**Allega alla presente istanza:**

- Certificazione sanitaria L. 104/92 (art.3 comma 3)
- Certificazione di invalidità 100% più indennità di accompagnamento (L. 18/80-L. 508/88)
- Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore e del soggetto disabile gravissimo.

**dichiara**

di essere a conoscenza che la presente istanza potrà essere presa in esame se pervenuta entro e non oltre il 10 giugno 2017, fatta salva eventuale riapertura dei termini.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI**

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat\_\_ informat\_\_ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003)e, in particolare dopo essere stat\_\_ informat\_\_ dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati sanitari e sulla vita sessuale se applicabile; preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l\_\_ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_