

COMUNE DI SCIACCA
Libero Consorzio Comunale di Agrigento
CAPOFILA DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N° 7

III° SETTORE – SEZIONE SERVIZI SOCIALI



S. Margherita di B.



Menfi



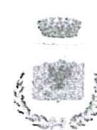
Sambuca di Sicilia



Sciacca



Caltabellotta



Montevago



A. S.P. Agrigento

AVVISO PUBBLICO
ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO
MAGGIORENNI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE
FONDO PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA
F.N.A. STATO ANNO 2018
D. R. S n.1915 del 18/10/2022

SCADENZA 22 DICEMBRE 2022

Visto l'art.9, comma 1, della L.R. n. 8 del 9 maggio 2017 che ha istituito il "Fondo regionale per la disabilità e per la non autosufficienza";

VISTO il D.P.R.S. n. 589 del 31/08/2018 , che disciplina le modalità e i criteri di erogazione degli interventi in favore dei disabili gravi ,in particolare , l'art. 3, comma 4, lett. b), che prevede la sottoscrizione del c.d. "Patto di servizio" per l'individuazione della forma di assistenza atta a prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di svantaggio, di bisogno e di disagio individuale o familiare; ;

Visto il **D.R.S. n. 1915 del 18/10/2022** con il quale, sulla base del censimento numerico della popolazione riferito all'anno 2020, l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro – Dipartimento della Famiglia e Delle Politiche Sociali , ha suddiviso , tra i Distretti Socio Sanitari dell'isola il Fondo per la disabilità e la Non Autosufficienza F.N.A. STATO annualità 2018 - assegnando a questo Distretto Socio Sanitario n.7 - l'importo complessivo di euro **78.263,68** per l'adozione dei piani personalizzati di intervento socio-assistenziale, in favore dei soggetti maggiorenni affetti da disabilità grave certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3;

SI RENDE NOTO

Che, nel Distretto Socio Sanitario n.7 possono presentare istanza di attivazione del "Patto di Servizio" i soggetti maggiorenni affetti da disabilità grave certificata, ai sensi dell'art 3 comma 3 legge n. 104/92;

La richiesta va presentata presso l'ufficio protocollo del comune di residenza entro il 22 dicembre 2022, pena la non ammissibilità;

Comune di _____

OGGETTO : MAGGIORENNI DISABILI GRAVI. RICHIESTA ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO
F.N.A. STATO ANNUALITA' 2018 – D.R.S. 1915 DEL 18/10/2022

Soggetto richiedente

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ codice fiscale _____ e residente in
via _____ telefono _____ e-mail _____

() Per se stesso;

() In qualità di familiare _____ () amministratore di sostegno /tutore

Nome _____ cognome _____

Nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ In via _____

telefono _____

CHIEDE

L'attivazione del PATTO DI SERVIZIO ai sensi dell'art.3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/2018

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico e dello schema di Patto di servizio;
- Di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli Uffici comunali si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):
 - non usufruisce di altri servizi;
 - usufruisce dei seguenti servizi di assistenza pubblica erogati da:

- Di impegnarsi alla sottoscrizione del patto di servizio, di cui all'art. 3 comma 4 let. b) del D.P.R. n. 589/2018.

Allega alla presente richiesta:

PATTO DI SERVIZIO

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

Il/La sottoscritta/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al 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'U VM territoriale competente.
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della I. 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 dei 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 dei D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.;

DICHIARA

I. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici c/o servizi:

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

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

Luogo e data

Firma