

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**

AVVISO PUBBLICO AOD1

Comuni di Villafranca Tirrena (capofila), Rometta e Saponara

OGGETTO: Disabilità grave, prestazioni socio assistenziali. 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 Regionale Famiglia - Servizio 5° prot. n. 42152 del 27/12/18;
- la circolare del Dipartimento Regionale Famiglia - Servizio 7° prot. n. 10921 del 17/04/2020;
- la Deliberazione del Comitato dei Sindaci del distretto socio-sanitario n.26 nella parte in cui approva “l’accordo che disciplina I rapporti giuridico/economici ed individua la ripartizione delle somme tra il comune di Messina quale capofila del Distretto socio- sanitario 26, il Comune di Villafranca capofila della A.O.D.1 e il Comune di Pagliara capofila della A.O.D.2, per la realizzazione di attività progettuali definite nel patto di servizio di cui al D.P.R.S n.589 del 31/08/2018, in attuazione della L.R. n.8/2017 e ss.mm.ii.

SI RENDE NOTO CHE

I cittadini residenti nei Comuni dell’AOD1 – Villafranca Tirrena, Rometta e Saponara riconosciuti disabili gravi ai sensi dell’art. 3, comma 3, legge n. 104/92, possono presentare istanza per l’attivazione del Patto di Servizio (art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018 che individua forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

Il modello per la presentazione dell’istanza, allegato al presente Bando potrà anche essere ritirato presso i Comuni dell’AOD1 – Ufficio servizi sociali.

Termini e modalità di presentazione delle istanze

Le domande dovranno essere inviate all’indirizzo PEC del Comune di residenza o presentate brevi manu all’ufficio protocollo entro e non oltre le ore 12.00 del giorno 29.02.2024

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.

A seguito della presentazione della richiesta il Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza procederà alla verifica dei requisiti di accesso e secondo l'ordine cronologico delle istanze ricevute, a convocare la parte per la redazione e sottoscrizione del "patto di Servizio" fino alla concorrenza delle somme a disposizione.

Espletati i procedimenti di competenza il Servizio Sociale Professionale trasmetterà il patto di servizio all'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASP di Messina per il seguito di competenza.

L'Ente provvederà altresì 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.

Si allega il modello per la presentazione dell'istanza

**Il Responsabile del 1° Settore Amministrativo
Coordinatore dell'AOD1
F.to Dott.ssa Giuseppa Chirico**

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 dell'Avviso Pubblico

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 2023, ad eccezione dei disabili gravi di età inferiore ai 18 anni.

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

.....