

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 36

Comuni: Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefalà Diana, Ciminna, Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia e Villafrati – Distretto Sanitario Misilmeri-ASP Palermo

AVVISO PUBBLICO

PER L'EROGAZIONE DEL BENEFICIO AI SOGGETTI DISABILI MINORI GRAVI
(D.R.S. n. 2124/2021 Assessorato Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali e del Lavoro)

Ai genitori e/o Tutori dei minori riconosciuti disabili gravi, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92, di età compresa tra i 0-18 anni non compiuti, residenti nel Distretto Socio Sanitario 36, nel periodo: 01/06/2022 – 30/06/2022, possono presentare istanza presso il Comune di residenza per l'erogazione di un intervento, secondo quanto previsto dal D.R.S n. 2124/2021. *Le istanze pervenute oltre il termine stabilito non verranno prese in considerazione.*

A seguito della presentazione dell'istanza verrà predisposto il **Patto di servizio** che dovrà essere sottoscritto da: Genitore e/o Tutore e dal Comune. Si procederà infine ad erogare ai soggetti disabili minori gravi i rispettivi interventi pianificati, nel P.A.I., sottoscritto dal Genitore e/o Tutore, Neuropsichiatria Infantile e Servizio Sociale Territoriale, secondo due modalità di erogazione di servizi:

- Assistenza Diretta:

servizi di assistenza ed educativa Domiciliare, erogati da Ente del Terzo Settore iscritto all'Albo Regionale, sez. disabili, ai sensi della L. R. 22/86, al RUNTS (D.Lgs.117/17 – D.M. 106 del 15/09/2020) e all'Albo distrettuale.

- Assistenza Indiretta:

attraverso l'erogazione di Voucher di servizio (Contributo economico), da rendicontare al Comune, quale titolo di spesa assegnato dall'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al familiare del beneficiario, al fine di fruire di un determinato servizio (esempio: per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione a domicilio, frequenza di terapia cognitiva comportamentale, accudimento fisico, operatori OSS, OSA, trasporto personalizzato per frequenza di corsi di formazione, attività sportive, ippoterapia, nuoto, frequenza di centri socio-educativi).

POSSONO PRESENTARE ISTANZA

I residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario 36, presso il proprio Comune di residenza, nel cui nucleo siano presenti soggetti minori disabili gravi:

- Il genitore del minore disabile grave;
- il tutore in rappresentanza legale del minore disabile grave.

REQUISITI DI AMMISSIONE

- essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 36;
- essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3, L.104/92;
- essere in possesso della certificazione ISEE, in corso di validità.

(Nel caso di reddito ISEE superiore ad € 25.000,00 il beneficio verrà decurtato del 30%).

ALLEGARE ALL'ISTANZA

- Certificazione sanitaria, ai sensi art. 3 comma 3, legge 104/92;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia della Carta di Identità in corso di validità del dichiarante e del minore;
- copia del codice fiscale del minore disabile grave che beneficerà dell'intervento;
- copia Decreto di nomina del Tutore.

Il beneficio economico verrà erogato ai minori disabili gravi dai Comuni di residenza, a seguito del trasferimento delle somme da parte del Comune capofila. Il contributo verrà liquidato in due trance, la prima pari all'80%, la seconda trance pari al 20% verrà erogata a seguito della rendicontazione dei benefici acquistati.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Dott. Rosario Rizzolo

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non rispondente al vero, ai sensi del D.P.R 28/12/200 n. 445, dichiara di essere:

nat ___ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____ n.

codice fiscale _____ Tel. _____

cell _____ e mail _____

CHIEDE

DI ACCEDERE ALL'EROGAZIONE DEL BENEFICIO AI SOGGETTI DISABILI MINORI GRAVI (D.R.S. n. 2124/2021 Assessorato della Famiglia e delle Politiche Sociali e del Lavoro).

In qualità di:

Genitore e/o Tutore del
minore

nat ___ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____ n.

codice fiscale _____

Per ricevere:

- _____ ASSISTENZA DIRETTA
- _____ ASSISTENZA INDIRETTA

Al tal fine dichiara:

- che sottoscriverà il Patto di Servizio, in sede di valutazione con gli operatori del Distretto Socio Sanitario 36 e a realizzare quanto stabilito nel Piano Assistenziale individualizzato (P.A.I.)

REQUISITI DI AMMISSIONE

- essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3, L.104/92;
- essere in possesso della certificazione ISEE, in corso di validità.

ALLEGARE ALL'ISTANZA

- Certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia della Carta di identità in corso di validità del dichiarante;
- copia del codice fiscale del minore disabile grave che beneficerà dell'intervento.

Il beneficiario è tenuto a conservare il numero di protocollo ai fini dell'esito dell'Istanza.

Il Sig./ra _____ autorizza il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta. Ai ai sensi dell'art. 13 D.lgs n° 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C. vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario per gli scopi per il quale sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art.19.L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9, e 10 del D.Lgs n 196/03.

Luogo e data _____ Il Richiedente _____