

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
(Azione n.2 del Piano di Zona 2019/2020 – L.328/2000- Annualità 2020)

Si rende noto alla cittadinanza che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'erogazione di un beneficio economico in favore di soggetti disabili gravi (ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/92), secondo quanto previsto dall'Azione n.2 del Piano di Zona 2019/2020- annualità 2020. Si precisa che *il beneficio consiste in un contributo massimo riconosciuto per utente di € 1.000,00, a titolo di rimborso per spese sostenute nel periodo 01/01/2024 – 31/12/2024, per servizi socio-assistenziali*. Le istanze dovranno pervenire presso l'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza entro il termine perentorio del 12/07/2024, utilizzando l'apposito modello allegato.

POSSONO PRESENTARE ISTANZA

L'utente disabile o il familiare che ne ha la rappresentanza legale, residenti nei comuni del Distretto Socio Sanitario 36. Il disabile deve essere in possesso della certificazione ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 104/92.

ATTIVITA' RICONOSCIUTE CON IL BENEFICIO ECONOMICO

- Servizio di supporto per l'igiene personale e la cura dell'abitazione;
- Supporto educativo domiciliare;
- Accessi attività sportive non riabilitative
- Rimborso trasporto casa-centri di riabilitazione
- Terapia con analisi del comportamento (Applied Behavior Analysis – ABA)

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, Legge 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%:
- Non avere avuto accesso a rimborsi per le attività sopradescritte concesse da altre fonti di finanziamento (es. Disabilità grave, Home Care Premium ecc.).

CRITERI DI RIPARTIZIONE

- Contributo massimo riconosciuto ad utente € 1.000,00;
- Assegnazione del contributo in base alla somma che viene rendicontata dal richiedente;

CRITERI DI VALUTAZIONE

Ciascun Comune instruirà le istanze, redigendo una graduatoria, con l'attribuzione di un punteggio sulla base dei seguenti criteri:

- dell'età, dando priorità ai disabili minorenni che necessitano di integrazione scolastica e socio-ricreativa;
- della situazione familiare ed abitativa, dando priorità alle situazioni con maggiore costi sostenuti per l'abitazione;
- della situazione reddituale, dando priorità a chi ha una situazione di maggiore disagio socio-

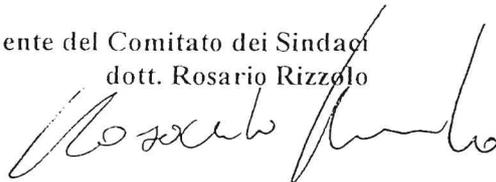
economico;

- del livello di intensità sanitaria e socio assistenziale, dando priorità a chi usufruisce di un minor numero di servizi;
- dell'integrazione scolastica, dando priorità al minore che è inserito in un percorso scolastico o formativo;
- se beneficiario del contributo per la disabilità gravissima, dando priorità a chi non usufruisce di tale beneficio.

ALLEGARE ALL'ISTANZA

- Certificazione, ai sensi dell'art.3, comma 3, Legge 104/92;
- Certificazione ISEE in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento e codice fiscale del dichiarante;
- Copia del documento di riconoscimento e codice fiscale del beneficiario;
- copia decreto di nomina Amministratore di Sostegno (in caso di adulti disabili gravi).

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
dott. Rosario Rizzolo



Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt _____, nella qualità di _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in casi di dichiarazione falsa o non
rispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n.445, dichiara di essere:
nat ___ a _____ il _____, di essere residente a _____
in via _____ n. _____, CF: _____
tel. _____, email _____
Codice IBAN _____

CHIEDE

di potere accedere al beneficio economico di cui all'Azione n.2 del Piano di Zona 2020, a titolo di
rimborso delle spese sostenute per servizi socio-assistenziali usufruiti dal soggetto disabile grave,
durante l'anno 2024,

in favore di _____, nato a _____
il _____, residente a _____
in via _____ n. _____, CF: _____

disabile grave, in possesso della certificazione, ai sensi dell'art.3, comma 3, Legge 104/92.

A tal fine si allega all'istanza:

- certificazione sanitaria, ai sensi dell'art.3, comma 3 della L.104/92;
- copia della carta d'identità e del codice fiscale del disabile grave che beneficerà dell'intervento e del richiedente;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno (in caso di disabili adulti);
- ricevute e/o fatture, presenze ai centri di riabilitazione attestanti le spese effettuate.

Data _____

Il Richiedente

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 e s.m.i, nonché
alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

FIRMA
