



**COMUNE DI LERCARA FRIDDI**  
Città Metropolitana di Palermo  
**AREA AMMINISTRATIVA**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"**  
Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo  
Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari,  
Distretto Sanitario n. 38 – ASP 6

Comune di PALAZZO ADRIANO

Prot. N. 2168

- 6 MAR. 2019 -

## AVVISO PUBBLICO

### Disabilità grave

Richiesta attivazione patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018

**SCADENZA 29 MARZO 2019**

#### Visti:

il D.P.R. 589 del 31/08/2018;

il D.D.G. 2394 del 26/11/2018;

il D.D. 2538 del 06/12/2018

la circolare prot. n. 42152 del 27.12.2018 – Dipartimento Regionale Famiglia e Politiche Sociali servizio 5°  
Fragilità e povertà;

### SI RENDE NOTO

Che i cittadini del Distretto Socio Sanitario D 38 ( Comuni di Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari), disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92, possono presentare istanza presso l'Ufficio protocollo del Comune di residenza per l'attivazione del Patto di Servizio (secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018) che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il 29/03/2019, può essere ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato alle *home page* del sito istituzionale di ciascuno degli otto Comuni del Distretto D 38. Le istanze dovranno essere corredate da:

- 1) Copia del documento di riconoscimento;
- 2) Certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
- 3) Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92;

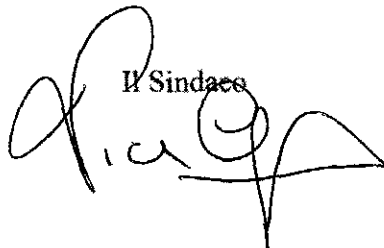
A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale ( socio-sanitaria ), e si procederà alla presa in carico del disabile e all'elaborazione di un piano personalizzato, dal quale si evincano, eventuali altre forme di assistenza dirette e/o indiretta. Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni,

L'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci  
F.to Luciano Marino



Il Sindaco  


Modello di Domanda

Oggetto: Disabilita' grave - richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett. B) del D.P. n. 589/2018.

Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale  
SEDE

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente 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. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell.: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL** ( da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Il/La Sig.ra \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell.: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art.3, comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018

**A TAL FINE DICHIARA**

1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n.104;

2) Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Servizio di cui all'art. 3, comma 4 lett.b)  
del D.P. n. 589/2018

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso delegato;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art 3 comma 3;
- Certificazione ISEE ( fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2019.

**IL RICHIEDENTE**

---

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19.

**IL RICHIEDENTE**

---