



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 37

COMUNE CAPOFILA: Termini Imerese

COMUNI ADERENTI: Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciara, Scillato, Sciafani Bagni, Trabia

### AVVISO PUBBLICO

#### DISABILITÀ GRAVE

Censimento numero di Disabili Gravi Minori e Adulti del Distretto Socio-Sanitario 37  
e Richiesta Attivazione del Patto di Servizio

#### SI RENDE NOTO CHE

al fine della programmazione delle risorse del Fondo Nazionale per le "Non Autosufficienze" assegnate annualmente al Distretto Socio Sanitario 37, per i cittadini, disabili gravi in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92 del Distretto Socio-Sanitario 37, può essere presentata istanza presso l'ufficio protocollo del Comune di residenza per essere censiti e contestualmente richiedere la successiva attivazione del Patto di Servizio che individui forme di assistenza da erogare a ricezione dei finanziamenti per il Distretto Socio Sanitario 37.

Il modello per la presentazione dell'istanza, può essere ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza o scaricato dai siti istituzionali.

**L'istanza potrà essere presentata, tramite pec agli indirizzi degli uffici di Protocollo Comunali o brevi manu, da Lunedì 25 Settembre a Venerdì 10 Novembre 2023**

#### Documentazione da allegare:

- 1) Istanza come da apposito modello debitamente firmata e corredata;
- 2) Copia del documento di riconoscimento;
- 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, gli Uffici di Servizio Sociale Comunali si attiveranno unitamente all'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria) per la presa in carico e l'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincono eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta.

La successiva erogazione del servizio avverrà a mezzo Voucher di servizio, e potrà prevedere sia prestazioni di Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) che Servizio di Assistenza Educativa Domiciliare e Territoriale (SEDT).

Ad ogni utente sarà assegnato un valore di Voucher per ore di assistenza che sarà determinato anche in relazione alla disponibilità finanziaria, al numero degli utenti in possesso dei requisiti per accedere al servizio.

Gli Uffici di Servizio Sociale Comunali provvederanno 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 sopra indicata.

Si allega schema istanza.



VINCENZO E.Q. Resp.le dell'Ufficio Piano D.S.S. 37  
SCHILLACI Dr. Vincenzo Schillaci

19.09.2023

12:03:46

017701000@terminimerese.pa.it

e-mail: v.schillaci@comune.termini-imerese.pa.it

pec: protocollo@pec.comuneterminimerese.pa.it

Spett. Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** disabilità grave – censimento 2023 e attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018

**Soggetto richiedente:**

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

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

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

**chiede per:**

- Se stesso
- Soggetto beneficiario

Nome Cognome \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018 in forma assistenziale: per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) che Servizio di Assistenza Educativa Domiciliare e Territoriale (SEDT).

**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 aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza e di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

**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 di 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;

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.L.gs. n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della 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, 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.L gs. N. 196/03.

\_\_\_\_\_ } \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE