



**MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI**  
**DISTRETTO SOCIO SANITARIO**  
**N. 30**

**COMUNE CAPOFILA PATTI**

**( Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - L. Ibrizzi - Montagnareale - Oliveri  
- Piraino - Raccuia - San Piero Patti - Sant' Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)**

**AVVISO PUBBLICO**  
**DISABILI GRAVISSIMI**

Visto il D.M. 26 settembre 2016

Vista la L.R. n.8 del 09/05/17

Visto il D.P.R.S. N. 589 del 31/08/18

VISTA la Circolare interassessoriale n.5/2021 del 22.06.2021

Si informano i cittadini che è possibile presentare istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.

Requisiti minimi di accesso sono il riconoscimento dell'art.3 c.3 L.104/92 e dell'indennità di accompagnamento.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza, sul modello allegato nel corso del primo semestre 2021 o nel corso del secondo 2021 da inoltrare al Comune di appartenenza o all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente.

La domanda va presentata esclusivamente da chi non è stato già dichiarato disabile gravissimo negli anni precedenti al 2021.

I soggetti istanti saranno valutati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che dovrà certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26/09/2016 relativamente al primo semestre entro il 30/09/2021 e relativamente al secondo semestre entro il 31/03/2021.

Successivamente al riconoscimento, per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un patto di cura, redatto secondo lo schema del D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n 445/2000, in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I servizi sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze si provvederà alla sospensione del beneficio economico.

Patti, li 28/06/2021



Il Responsabile del Settore  
Coordinatore del Distretto n.30  
Dot.ssa Marcella Gregorio

Allegato I

Al PUA/ Distretto Socio Sanitario di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.R.S. 31 AGOSTO 2018, N° 589**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere attualmente residente in provincia di \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

**SOGGETTO BENEFICIARIO**

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Signor/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere attualmente residente in provincia di \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

Comune di Patti (ME) Prot. N. 0018978 del 28-06-2021 partenza

A TAL FINE DICHIARA CHE

- 1 che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'art. 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
- 2 che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale;
- 3 di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di allegare autocertificazione ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo al titolo di esempio, home care premium e contributi economici);
- 4  DI NON AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016

DI AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo

solo in quest'ultimo caso:

- di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "contenente dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 1 dicembre 2020

Allega alla presente:

- fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- fotocopia di 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 L. 104/92, art. 3, comma 3;
- copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativamente).

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno 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. L'interessato può far valere nei confronti della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679.

IL RICHIEDENTE

---