



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D15

Comuni di Bronte – Maletto – Maniace – Randazzo - ASP3 Ct - Distretto di Bronte

Visto il D.P.R.S. n. 545/2017 con il quale è stato modificato il D.P. 532/2017 e sono stati aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per i **disabili gravissimi** di cui alla L.R. n. 4 del 01.03.2017 ;

Dato atto che con il predetto Decreto la Regione Sicilia, intende erogare con tempestività un assegno di cura alle persone con disabilità gravissima aventi diritto all'assistenza socio-sanitaria, ciò al fine di consentire la libera scelta della forma di assistenza e garantire agli stessi la permanenza nella propria abitazione e un intervento a supporto di una vita indipendente;

Rilevato che per ragioni di urgenza il suddetto assegno di cura sarà erogato ai destinatari finali per il tramite delle Aziende Sanitarie Provinciali competenti per territorio, fermo restando le competenze istituzionali assegnate dalle norme vigenti alle ASP e ai Comuni singoli o associati in Distretti socio-sanitari;

SI AVVISA

Che, ai sensi del predetto Decreto Presidenziale della Regione Sicilia gli aventi diritto alle misure previste all'art. 1 del D.P.R.S. n. 545/2017 sono :

- a) Soggetti già valutati e comunicati dalle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e bisognosi di assistenza H 24
- b) I soggetti che siano in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 del predetto D.P. e che inoltrino istanza entro il 10.06.2017.

I diretti interessati di cui alla lett. b , o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, con le modalità di cui all'allegato modulo, da inoltrare congiuntamente al Comune di residenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale di questo Distretto D 15 in Via Marziano n.52 o tramite pec all'indirizzo distrettobronte@pec.aspct.it entro e non oltre il 10.06.2017 .

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un patto di cura, redatto secondo lo schema allegato al predetto D.P., ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 in cui si dovrà dichiarare di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I Servizi Sociali dei Comuni e l'ASP compente per territorio, potranno effettuare visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze dovrà essere disposta la sospensione del beneficio.

I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASP competente per territorio, che dovrà certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016.

Il Sindaco di Bronte

Il Sindaco di Maletto

Il Sindaco di Maniace

Il Sindaco di Randazzo

Il Direttore del Distretto Sanitario di Bronte

F.to Calanna Graziano F.to Barbagioanni Salvatore

F.to Cantali Antonino

F.to Mangione Michele

F.to D'Urso Vito

Al SIG. SINDACO DEL COMUNE DI _____

All'ASP 3 - CT
Distretto di Bronte

Il sottoscritt _____ nat a _____

e residente in Via _____ n. _____ tel _____

Oppure

Il sottoscritt _____ nat a _____

e residente in Via _____ n. _____ nella qualità di

tutore del Sig. _____ nat a _____

il _____ e residente in Via _____ Tel _____

C H I E D E

La concessione dei benefici assistenziali e la conseguente concessione del contributo di cui alla L.R. n. 4 del 01.03.2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10.05.2017, che ha previsto interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H 24.

A tal fine dichiara di essere disabile in condizione gravissime per cui necessità di assistenza continua.

Allega:

- Copia conforme del certificato rilasciato dalla Commissione Sanitaria Invalidi Civili;
- Copia conforme del certificato attestante la situazione di Handicap rilasciato dalla Commissione Sanitaria Invalidi Civili Integrata;
- Certificato di famiglia della persona con disabilità;
- Documento di riconoscimento del disabile e/o del genitore richiedente.

Il _____

Firma
