



COMUNE DI SCILLATO

Prov. di Palermo

CAP 90020 P.I.00622530822

E mail: comunescillato@libero.it

Tel. 0921 663025 - Fax 0921 663196

AVVISO PUBBLICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA

Si comunica che a seguito del Decreto n. 126/GAB del 13 novembre 2018 dell'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro, è stato annullato il D.A. n. 113/GAB del 23 ottobre 2018 ed è stata disposta l'apertura dei termini, dall'1 novembre al 31 dicembre di ogni anno, per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente.

I soggetti istanti saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima.

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

Alla luce di quanto detto si informa la cittadinanza che, **dal 05 novembre 2019 al 31 dicembre 2019, termine perentorio**, si potrà presentare istanza per l'accesso al beneficio in favore dei nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.

Le istanze, su apposito modello allegato, potranno essere presentate all'Ufficio protocollo del comune di Scillato

Per qualsiasi informazione rivolgersi all'Ufficio Servizio Sociali: 0921663025



IL SINDACO
F.to Giuseppe Frisa

Al PUA / Distretto Socio Sanitario _____

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

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

Del/la Sig./ra _____
nat _____ a _____ il _____
di essere residente a _____ in Via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e previa firma del Patto di Cura in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

A TAL FINE DICHIARA

Che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 5 Febbraio 1992 n.104 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

E RITENENDO

Che per il beneficiario sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016 in quanto trovasi in almeno una delle seguenti condizioni (barrare la casella interessata);

A) In condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<10;

B) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/7gg.);

C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla Scala Dementia Rating Scale (CDRS) \geq 4;

D) con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A e B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo < ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) e con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

F) con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 herz nell'orecchio migliore;

G) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

H) con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER) ≤ 8 ;

I) in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psichiche.

Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.

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;
- copia del provvedimento che riconosce l' indennità di accompagnamento;
- Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa certificazione medica comprovante i medesimi .
- ISEE

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 della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto 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.Lgs. n.196/03.

IL RICHIEDENTE
