



Prof. n. 3859
02.11.2018

AVVISO PUBBLICO

per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico **ESCLUSIVAMENTE** per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.R. n. 8/2017 e s.m.i.

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Visto l'art. 3 del decreto del Ministero del Lavoro di concerto con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Ministero per gli Affari Regionali e le Autonomie con delega in materia di politiche della Famiglia del 26 Settembre 2016 pubblicato in GURI - Serie generale n. 280 del 30/11/2016 che individua le condizioni per la disabilità gravissima;

Visto il D.P. 545 del 10/05/2017 pubblicato il 11/05/2017 che modifica il D.P. 532/2017 agli artt. nn. 1,2,3,4,5 e 7 fatte salve le parti non espressamente abrogate dal presente Decreto;

Visto l'art. 30 C.5 della L.R. n. 8 del 08/05/2018 che modifica il comma 5 dell'art. 9 della L.R. 8/2017 e s.m.i.;

Visto il DPRS 589/GAB del 31/08/2018 che stabilisce le modalità ed i criteri attuativi;

Visto il C.5 bis dell'art. 30 della L.R. 8/2018 che ha previsto l'apertura dei termini per i nuovi affetti da disabilità gravissima;

Visto il D.A. n. 113/Gab del 23/10/2018 che approva "l'avviso pubblico per la presentazione delle richieste per i Nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.R. n. 8/2017 e s.m.i." che fa parte integrante e sostanziale del presente decreto;

RENDE NOTO CHE

ai sensi del comma 5 bis dell'art. 30 della L.R. 8/2018, sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico **ESCLUSIVAMENTE** per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.R. n. 8/2017 e s.m.i.;

Le istanze devono essere presentate presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di appartenenza, facente parte del Distretto Socio Sanitario D48, o presso il PUA dell'Azienda Sanitaria Provinciale n. 8 di Siracusa, sita in Corso Gelone n. 17, entro e non oltre il 01/12/2018;

All'istanza occorre allegare certificazione attestante la disabilità ai sensi della L.104 art. 3 C.3 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

L'accesso al beneficio economico è subordinato:

1. alla verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP di Siracusa, che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016;
2. alla sottoscrizione, da parte dell'interessato o del rappresentante legale del disabile, del "patto di Cura" ai sensi del DPR n. 445/2000;

Coloro che risulteranno idonei potranno ricevere un beneficio economico, ai sensi dell'art. 3 del DPRS 589/GAB del 31/08/2018, nei limiti sotto indicati:

- € 1.2000 per i soggetti minorenni;
- € 1.200,00 per i disabili gravissimi con ISEE socio sanitario inferiore ad € 25.000,00
- € 840,00 per i disabile con ISEE socio sanitario uguale o superiore ad € 25.000,00

I Servizi Sociali dei Comuni e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il Patto di Cura.

Il presente avviso dovrà essere pubblicato dal Distretto Socio Sanitario e da tutti i singoli Comuni dello stesso nei propri siti istituzionali al fine garantirne la massima diffusione.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
del Distretto Socio-Sanitario n.48
Francesco Italia

Al Sig. Sindaco del Comune

.....

Oppure All' A.S.P. N.8
Corso Gelone, 17
Siracusa

ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO
per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016
per l'applicazione dell'art. 9 della l.r. n. 8/2017 e s.m.i.

DICHIARAZIONE RILASCIATA AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Soggetto richiedente:

Il /la sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____

res.te in _____ cap. _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n.° _____ Tel. _____

Beneficiario/Familiare delegato o rappresentante legale (specificare il titolo)

Soggetto beneficiario

Il/la Sig./ra _____ nata/o _____ il _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

Telefono _____

Chiede

Di poter accedere al beneficio economico, 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 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;

RITENUTO

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)>=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 o B. Nel caso di lesioni con esili 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 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 hertz, 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) <0 8;
- I) in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.
- Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.

Allega alla presente:

- Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Copia fotostatica del 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 dati sensibili "contiene dati sensibili", i seguenti documenti

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 104/92 art. 3 C. 3;
- Copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa alla 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 del 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 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. (L'interessato può far valere nei confronti della A C, i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs. 196/03.

Data _____

Firma

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto pubblicato mediante affissione all'Albo Pretorio del Comune ~~per~~ ~~quindici~~ ~~giorni~~
e ~~con~~ ~~se~~ ~~guenti~~ dal 05-11-2018 al 01-12-2018 con il n. 660 del registro delle
pubblicazioni.

Cassaro li 05-11-2018.

Il Messo Comunale

OPPOSIZIONI

IL SEGRETARIO COMUNALE

Atto immediatamente esecutivo

Cassaro li.....

Il Segretario Comunale
