



Prova: G73  
del 28-02-2019

### AVVISO PUBBLICO

rivolto alle persone con disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92 per l'attivazione del Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018

#### IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Vista la Legge Regionale n.4 del 01/03/2017 "Istituzione del Fondo regionale per la disabilità.";

Vista la Legge Regionale n. 8 del 9/05/2017 ed in particolare l'art.9 comma 1 di "Istituzione del Fondo Regionale per la Disabilità"

Visto il D.P. 589 del 31/08/2018 Art.3 comma 4 lett.B "Al D.S.S. di competenza territoriale, su base di **censimento numerico dei disabili gravi**, previa sottoscrizione, in prima applicazione, del Patto di Servizio che individui, nel più volte evocato principio della libera scelta, i tipi di servizio che si intende erogare ...."

Visto il comma 5 dell'art. 4 del D.P. n. 589/2018 che recita " Ai sensi del comma 2 dell'art.3 precedente, i disabili gravi accedono al beneficio di cui al comma 6 del medesimo art. 3 a valere in via prioritaria sulle risorse di cui al comma 3 dell'art.30 della L.R. 8 del 2018;

Vista la Circolare n. 42152 del 27/12/2018 dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro-Servizio 5°-Fragilità e Povertà, che rende noto ai Distretti Socio-Sanitari dell'Isola che è stata ripartita la somma prevista per i Distretti Socio-Sanitari destinata ai disabili gravi non autosufficienti ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92 e secondo quanto disposto dal D.P. 589 del 31/08/2018 Art.3 comma 4 lett.B e successivo comma 6 che recita " Il Patto di Servizio si conforma a quanto già in uso per l'accesso alle contribuzioni discendenti dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, assolvendo, per scelta esclusiva del disabile, alla funzione di individuare forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali;

Visto l'Avviso Pubblico pubblicato in merito al Censimento dei Disabili Gravi residenti nel territorio distrettuale;

#### RENDE NOTO CHE

Tutte le persone con Disabilità certificata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92 residenti in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 48, possono presentare apposita istanza presso gli uffici di Servizio Sociale del Comune di Residenza per l'attivazione del **Patto di Servizio** ( secondo quanto disposto dall'art.3

comma 4 lett.b del D.P. n. 589/2018) , che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali, ovvero del sistema dell'accreditamento secondo il principio della libera scelta.

Il Modello dell'istanza – che va presentata entro e non oltre il 28/03/2019 - potrà essere ritirato presso gli Uffici di Servizio Sociale del Comune di Residenza del soggetto con disabilità , o scaricato dal sito web del Comune di Siracusa [www.comune.siracusa.it](http://www.comune.siracusa.it)

All'istanza dovrà essere allegata la seguente documentazione :

- copia del documento di riconoscimento del dichiarante ;
- certificazione Isee in corso di validità (fatta eccezione per i Minorenni) , per prestazioni socio-sanitarie non residenziali. Se il richiedente soggetto disabile grave maggiorenne produce un Isee pari o superiore a venticinquemila euro(25.000,00 Euro) le prestazioni saranno ridotte del 30%.
- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92 con allegata dichiarazione che trattasi di copia conforme all'originale ;

A seguito della presentazione della richiesta, i Comuni del Distretto S.S.48 provvederanno all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave , da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitario) . Si procederà inoltre alla presa in carico del paziente e all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale dovranno evincersi eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta , al fine di evitare sovrapposizioni o duplicazione di interventi e l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza le tipologie di intervento pianificate e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

L'istanza può essere inoltrata entro e non oltre il 28/03/2019:

-a mezzo Pec indirizzata al Distretto Socio-Sanitario 48 seguente indirizzo:

[servizisociali@comune.siracusa.legalmail.it](mailto:servizisociali@comune.siracusa.legalmail.it)

-Brevi manu presso la sede del Distretto Socio Sanitario 48-Comune di Siracusa Via Italia 105 o presso l'Ufficio Protocollo di ciascun Comune di residenza dell'istante.



Il Presidente del Comitato dei Sindaci D.S.S. 48

Francesco Italia

Comune di \_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta di attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett b) del D.P. n. 589/18

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità penali 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:

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel/cell \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

- Per se stesso
- In qualità di \_\_\_\_\_ familiare di riferimento;
- In qualità di Amministratore di Sostegno
- In qualità di Tutore

Per la persona portatrice di disabilità beneficiaria/o sig/ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art.3, comma 4 lett.B) del D.P. 589/2018.

#### A tal fine dichiara:

- Che il Beneficiario è Disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92;
- Di aver preso visione del Patto di Servizio, allegato alla presente istanza ed impegnarsi sin d'ora alla sottoscrizione;

Allega alla presente istanza:

- Copia del Documento di Riconoscimento e del Codice Fiscale del beneficiario e di chi fa la richiesta in sua vece;
- Provvedimento di nomina quale Tutore o Amministratore di Sostegno.

Allega altresì, in busta chiusa con la dicitura " *Contiene Dati Sensibili*" i seguenti documenti:

-Copia ( con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 104/92 art. 3 comma 3 con autocertificazione attestante che trattasi di copia conforme all'originale in proprio possesso;

-Isee in corso di Validità per l'anno 2019.

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

FIRMA

## PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ appartenente a Distretto socio-sanitario  
di \_\_\_\_\_

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;  
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente  
competente;

- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della l. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017  
e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono  
punte ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.  
76 del D.P.R.n. 445/00 e s.m.i.;

### DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

.....  
.....  
.....  
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:  
- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui  
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;

3. di accettare i seguenti servizi:

.....  
.....  
.....  
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per  
l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi  
momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.

6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente  
Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente,  
l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di  
domicilio.

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto pubblicato mediante affissione all'Albo Pretorio del Comune per quindici giorni consecutivi dal 05.03.2019 al 28.03.2019 con il n. 179 del registro delle pubblicazioni.

Cassaro li 05.03.2019

Il Messo Comunale

---

OPPOSIZIONI .....

IL SEGRETARIO COMUNALE

---

Atto immediatamente esecutivo

Cassaro li.....

Il Segretario Comunale

---