



COMUNE DI SERRADIFALCO
Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' 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

IL RESPONSABILE DELL'AREA P.O. 1

Visto l'art. 45 della Legge di stabilità regionale 2021/2023, che fissa l'apertura dei termini per la presentazione delle domande, per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima, dal 1 gennaio al 30 giugno e dal 1 luglio al 31 dicembre di ogni anno;

Vista la Circolare n. 5 del 22/06/2021 dell'Assessorato della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro;

RENDE NOTO CHE

sono aperti i termini per la presentazione delle istanze, **per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima** di cui all'art. 3 del D.M. 262016 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;

Pertanto, l'istanza di accesso al beneficio deve presentarsi nei periodi:

1° SEMESTRE – DAL 1 GENNAIO AL 30 GIUGNO 2022;

2° SEMESTRE – DAL 1 LUGLIO AL 31 DICEMBRE 2022.

L'istanza dovrà presentarsi su apposito modulo predisposto dall'Assessorato Regionale della Famiglia – Assessorato della Salute – al P.U.A del Distretto Sanitario di San Cataldo (ASP) o presso il Comune Serradifalco facente parte del Distretto Socio Sanitario n. 11 di San Cataldo.

I soggetti istanti, saranno valutati dall'Unità di Valutazione Multidimensionali dell'ASP di San Cataldo, la quale dovrà certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 262016 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

Coloro che risulteranno idonei, potranno ricevere un trasferimento monetario diretto da utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare.

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo referente, dovrà sottoscrivere un Patto di Cura, redatto secondo lo schema allegato al precitato decreto presidenziale, ai sensi degli artt. 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.

Per i soggetti ai quali è stato riconosciuto lo "status di disabile gravissimo" la percezione del beneficio, previa sottoscrizione del Patto di Cura, da parte del beneficiario o del referente, decorre:

dal 1° ottobre – relativamente alle istanze presentata nel 1° semestre;

dal 1° aprile - relativamente alle istanze presentate nel 2° semestre .

I moduli per la presentazione delle istanze possono ritirarsi presso l' Ufficio Servizi alla Persona di questo Comune o scaricare dal sito istituzionale: www.comune.serradifalco.cl.it

Serradifalco, li _____ -



Il Responsabile dell'Area P.O. 1
Benfante Picogna Giuseppe

AI PUA / Distretto Socio Sanitario di _____

OGGETTO: ISTANZA 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 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 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 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere
nat a _____ il _____
di essere residente a _____ in
via _____ n. _____
codice fiscale _____
Telefono _____ cell _____
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 _____ nat _____
a _____ il _____ di essere residente
a _____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____
telefono _____ cell _____
e mail _____

CHIEDE

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) 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.

A TAL FINE DICHIARA

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'articolo 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 autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a 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 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 e che sia stata valutata negativamente).

Il 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 dell'Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del D.GPR 2016/679.

IL RICHIEDENTE

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)>=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 laterali 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 psicofisiche.