

**AVVISO PUBBLICO  
DISABILI GRAVISSIMI**

**IL SINDACO**

Visto l'art. 45 della legge di stabilità regionale 2021/2023 del 15 aprile 2021 n°9 "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 Interassessoriale n°5/2021 con la quale sono state emanate le modalità di accesso e di riconoscimento del beneficio economico ai soggetti di cui all'art. 3 del D.M. del 26/09/2016.

**INFORMA**

i cittadini che è possibile presentare istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità 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.RS. 31 agosto 2018 n° 589.

I requisiti minimi di accesso sono: il riconoscimento dell'art. 3 comma 3 L. 104/92 e dell'indennità di accompagnamento.

**Possono presentare istanza soltanto coloro i quali non hanno mai presentato domanda o coloro i quali, non essendo stati riconosciuti soggetti con disabilità gravissima, hanno avuto un aggravamento delle condizioni di salute e adesso rientrano in tale categoria.**

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 **entro il 30 giugno per il primo semestre e entro il 31 dicembre per il secondo semestre**, su apposito modello disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali, o scaricabile sul sito web del Comune: [www.comune.montevago.ag.it](http://www.comune.montevago.ag.it) – albo pretorio.

I soggetti istanti saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali dell'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competenti, che dovrà certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità.

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un patto di cura, redatto secondo lo schema del D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10

maggio 2017, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n 445/2000, in cui dichiarerò di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I cittadini di Montevago dovranno presentare l'istanza, su apposito modello allegato:

- sia presso l'Ufficio di Servizio Sociale sito in piazza della Repubblica, 4, previo appuntamento telefonico, tel. 0925.39644;
- sia al P.U.A. (Punto Unico di Accesso) del Distretto Sanitario di Sciacca sito in via Pompei - 92019 Sciacca (Ag).

L'istanza, pertanto, compilata in doppia copia, dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. Copia della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge 104/1992;
2. Copia del provvedimento che riconosce l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
3. Fotocopia del documento di riconoscimento valido e del codice fiscale della persona disabile;
4. Fotocopia del documento di riconoscimento valido e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario.
5. Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;
6. Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera (l), relativa certificazione medica comprovante i medesimi;
7. Certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativamente esitata;
8. copia attestazione modello ISEE in corso di validità.

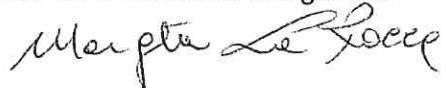
L'Assessore ai Servizi Sociali

Avv. Vito Saladino



Il Sindaco

On. Dott. La Rocca Margherita



Al Comune di Montevago  
Piazza della Repubblica 4  
92010 Montevago

Al Direttore del DSB di Sciacca  
Via Pompei - 92019 Sciacca

**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.rs. 31 agosto 2018, n.589.

### SOGGETTO RICHIEDENTE

l/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro 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).

Sig./ra \_\_\_\_\_  
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 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 Novembre 2019.

### 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 che sia stata negativamente).

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'articolo 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 della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del DGPR 2016/679

IL RICHIEDENTE