Comune di Cattolica Eraclea Prot. n. 6369 del 07-06-2017 in arrivo

Repubblica Italiana

REGIONE SICILIANA
Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro
Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali
Servizio 5
" Fragilità e Povertà"

Palermo lì 6. 6. 2017

Prot. n. 20879

Oggetto: Applicazione D.P.R.S. n. 545 del 10.05.2017 - istruzioni operative

A tutti i Distretti Sociosanitari

A tutti i Comuni della Sicilia

E, p.c. All'On.le Presidente della Regione

All'Assessore della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro

All'Assessore della Salute

Al Dirigente Generale della Salute
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

Loro Sedi

Si notifica che, a seguito dell'avvenuta pubblicazione del D.P.R. 545 del 10.05.2017 sulla GURS n. 22 del 26.05.17, supplemento ordinario n. 18, che il termine ultimo per la presentazione delle istanze relative ai benefici di cui alla legge n. 4 del 1 marzo2017 è il 26 giugno 2017.

Si inviano, per uniformità di modus operandi, il fac-simile di richiesta da compilare a cura degli interessati e l'avviso da pubblicizzare elaborato a cura del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico.

Si ribadisce che restano valide ed efficaci le istanze già presentate a far data dall'11 maggio 2017 (data di pubblicazione dell'avviso via web) che dovranno essere integrate dalla documentazione mancante prevista dalla suddetta richiesta.

Il Dirigente del Servizio
Valeria Restuccia
F.to

Il Dirigente Generale
Mario Candore
F.to

Comune di Cattolica Eraclea Prot. n. 6382 del 07-06-2017 in arrivo

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 P.Iva 02570930848
DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI RIBERA
Tel 0925-562111 - Fax 0925-63007

Direzione Distretto Sanitario di Base di Ribera
Via Circonvallazione, snc
Tel. 0925 562214 Fax 092563007
Email: dsribera.direttore@aspag.it
PEC : dsribera@pec.aspag.it
Web: www.aspag.it

Uscita Nr. Protocollo: **0 107104** Data Protocollo: **06/06/2017**

Al Sindaco di Ribera - Comune Capofila
del Distretto Socio-sanitario D6

Al Dirigente dei Servizi Sociali
del Comune di Ribera –Comune Capofila
del Distretto Socio-sanitario D6

Al Resp. Servizi Sociali del Comune di Montallegro
Al Resp. Servizi Sociali del Comune di Cattolica Eraclea
Al Resp. Servizi Sociali del Comune di Burgio
Al Resp. Servizi Sociali del Comune di Lucca Sicula
Al Resp. Servizi Sociali del Comune di Villafranca Sicula
Al Resp. Servizi Sociali del Comune di Calamonaci

e p.c. Al Direttore Generale

Oggetto: Applicazione DPRS n.545 del 10.05.2017-Istruzioni operative –Notifica Modello di Domanda ed avviso

Con la presente si trasmette, in allegato, alle SS.LL. la nota segnata a margine unitamente al nuovo modello di domanda da farsi compilare da parte degli interessati e l'avviso da pubblicizzare a cura delle AA.SS.PP. e dei Comuni .

Sarà cura delle SS.LL. provvedere alla applicazione rigorosa delle disposizioni impartite.

Il Direttore del DSB
(Dott.ssa Maria Anna Barraco)

Comune di Cattolica Eraclea Prot. n. 6382 del 07-06-2017 in arrivo

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per le Attivita' Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

IL DIRIGENTE GENERALE

Prot. n. 45033

Palermo, 3 1 MAG 2017

Oggetto : Applicazione DPRS n. 545 del 10/05/2017 – Istruzioni operative.

Ai Direttori Generali delle AA.SS.PP.

e p.c. All'On.le Presidente della Regione

All'Assessore della Salute

All'Assessore della Famiglia e e delle Politiche Sociali e del Lavoro

Al Dirigente Generale della Famiglia e delle Politiche Sociali.

Loro Sedi

A seguito dell'Avvenuta pubblicazione sul Supplemento ordinario n. 18 alla GURS n. 22 del 26/05/2017 del D.P.R. in oggetto e della Circolare 24/05/2017 si invia, per uniformita' di *"modus operandi"*, il fac-simile di richiesta da farsi compilare dagli interessati e l'avviso da pubblicizzare a cura delle AA.SS.PP. in indirizzo.

Il Dirigente Generale
Salvatore Giglione

Via M. Vaccaro ,n° 5 – 90145 Palermo ☎ 091 7079296 - 091 7079310 - dirigentegen.sanita@regione.sicilia.it

Comune di Cattolica Eraclea Prot. n. 6382 del 07-06-2017 in arrivo

AVVISO

SI INFORMA CHE SONO APERTI I TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532 DEL 31 MARZO 2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO SUL S.O. N. 18 ALLA G.U.R.S. N. 22 DEL 26 MAGGIO 2017.

I FAMILIARI DEI DIRETTI INTERESSATI O LORO RAPPRESENTANTI LEGALI DEVONO PRESENTARE ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO CONGIUNTAMENTE AL COMUNE DI APPARTENENZA ED ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE TERRITORIALMENTE COMPETENTE **ENTRO IL 26 GIUGNO 2017.**

L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO, PREVISTO DALLE NORME CITATE, E' SUBORDINATO ALLA VERIFICA DA PARTE DELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'A.S.P., CHE DOVRA' ACCERTARE LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART.3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 E PREVIA FIRMA DEL PATTO DI CURA IN FAVORE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO.

L'ISTANZA DOVRA' ESSERE EFFETTUATA COMPILANDO L'APPOSITO MODULO ALLEGATO AL PRESENTE AVVISO.

RESTANO VALIDE LE ISTANZE GIA' PRESENTATE A FAR DATA DAL 11 MAGGIO 2017 (DATA DI PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO VIA WEB) CHE DOVRANNO ESSERE INTEGRATE DELLA DOCUMENTAZIONE MANCANTE PREVISTA NEL PRECITATO MODULO.

Comune di Cattolica Eraclea Prot. n. 6382 del 07-06-2017 in arrivo

Al Comune di _____

All'A.S.P. di_____ _____

Oggetto: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532 DEL 31 MARZO 2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO SUL S.O. N. 18 ALLA G.U.R.S. N. 22 DEL 26 MAGGIO 2017.

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 familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)_____

CHIEDE PER IL

Soggetto beneficiario

del/la Sig./ra_____

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n°_____codice fiscale _____

tel.: _____ cell._____

e-mail _____

Comune di Cattolica Eraclea Prot. n. 6382 del 07-06-2017 in arrivo

L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO, PREVISTO DALLE NORME IN OGGETTO, PREVIA VERIFICA DA PARTE DELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'A.S.P., CHE DOVRA' ACCERTARE LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' 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 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104;

☐ CHE IL BENEFICIARIO È IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE CON RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO;

E RITENENDO

☐ CHE PER IL BENEFICIARIO SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' 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 Clinical 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 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 ≤1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o 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 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<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER) <= 8;

Comune di Cattolica Eraclea Prot. n. 6382 del 07-06-2017 in arrivo

☐ 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 DI CUI ALL'ALLEGATO 1 AL D.P.R. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

Allega alla presente:

☐ fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente;

☐ fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;

☐ eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore.

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 (con diagnosi) della certificazione di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;

☐ certificazione medica comprovante la presenza dei requisiti di cui alla lettera I).

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 dell'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 dell'A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/06.

IL RICHIEDENTE

_____