



Ribera



Burgio



Lucca Sicula



Calamonaci



Montallegro



Villafranca Sicula



Cattolica Eraclea



Distretto Sanitario

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D6 COMUNE DI CATTOLICA ERACLEA

AVVISO PUBBLICO

Per la presentazione delle richieste per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016.

Si informa la cittadinanza, che il D.A. n. 126/Gab del 13.11.2018 dell'Assessorato della Famiglia Politiche Sociali e del Lavoro ha sostituito il D.A. n. 113/Gab del 23.10.2018 ed è stata disposta, ai sensi del comma 5 bis dell'art. 9 della L.R. n.8 del 09.05.2017, così come introdotto dell'art. 30 della l.r. n.8 del 08.05.2018, la riapertura dei 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 DM. 26.09.2016, per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

I familiari dei **nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima**, diretti interessati o loro rappresentanti legali, devono presentare istanza al Comune di residenza o al PUA di Ribera, competente per territorio, **entro il 31.12.2019**.

Le istanze saranno valutate dall'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP distretto di Ribera, la quale dovrà certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016.

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 dal D.P. n. 545 del 10 maggio 2017, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n. 445/2000, in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

Per ulteriori informazioni e per il ritiro dell'apposito modello di domanda (in allegato scaricabile) ci si potrà rivolgere all'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza o all'ASP di Agrigento - distretto di Ribera.

Cattolica Eraclea, lì 25.11.2019



Il Sindaco
Arch. Santo Borsellino

Santo Borsellino

Oppure

Al PUA Distretto Sanitario ASP di Ribera

Al Comune di _____

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM 26/09/2016 per l'applicazione dell'art. 9 della legge regionale n. 8/2017 e ss.mm.ii. E del D.P.R.S. 31 Agosto 2018 n. 589.

Soggetto richiedente

Il/la sottoscritto/a _____ 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:
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ n. _____
codice fiscale _____ Tel. _____ cell. _____
e-mail _____

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del sig. nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____
in via _____ n. _____
codice fiscale _____ Tel. _____ cell. _____
e-mail _____

A TAL FINE DICHIARA

1. Che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge Febbraio 1992 n. 104 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
2. Che il patto di cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentante legale.
3. Di riservare, in caso di riconoscimento del beneficiario 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, homcare 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;
5. 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 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 2019

E RITENENDO

Che per il beneficiario sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 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/7 gg):
- C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla Scala Dementia Rating Scale CDRSP \geq 4;
- D) con lesioni spinali fra CO/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado Ae B. Nel caso di lesioni con esiti asimetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesioni di grado AoB;
- E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo \leq ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MCR), o con punteggio alla Expandend disability Status Scale (EDSS) $>$ 9, o in stadio 5 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% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari 0 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 classifica 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 condizione di dipendenza vitale, che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 h, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia 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 legge L. 104/92, art.3 comma 3;

- Copia del provvedimento che riconosce l'identità di accompagnamento;
- Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa certificazione medica comprovante i medesimi;
- 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);
- 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 del D.Lgs. 101/2018 e del regolamento UE 2016/679 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, finalizzati all'espletamento della procedura.

Data _____

Firma del richiedente