

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

Comune capofila AGRIGENTO

*Aragona – Comitini – Favara – Ippolo Giancaxio – Porto Empedocle – Raffadali – Realmonte –
Santa Elisabetta – Sant'Angelo Muxaro – Siculiana –*

AVVISO PUBBLICO

EROGAZIONE DEL BENEFICIO SECONDO QUANTO DISPOSTO DAL
D.R.S. N. 1916 DEL 18/10/2022 IN FAVORE DEI "DISABILI MINORI
GRAVI" – F.N.A. STATO – ANNO 2018

SCADENZA 31 GENNAIO 2023

VISTO il D.R.S. n. 589 del 31/08/2018, che disciplina le modalità e i criteri di erogazione degli interventi in favore dei disabili gravi, in particolare, l'art. 3, comma 4, lett. b), che prevede la sottoscrizione del "Patto di servizio" per l'individuazione della forma di assistenza adatta a prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di svantaggio, di bisogno e di disagio individuale o familiare;

VISTO il D.R.S. n. 1916 del 18/10/2022 con il quale l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro-Dipartimento della Famiglia e Delle Politiche Sociali, ha suddiviso tra i Distretti Socio Sanitari dell'isola il Fondo per la Disabilità e la Non

Autosufficienza F.N.A. – STATO annualità 2018- assegnando a questo Distretto Socio Sanitario n.1 – l'importo complessivo di € 267.018,94 e liquidato l'80% dell'importo totale pari ad € 213.615,15 per il pagamento del beneficio ai minori disabili gravi;

SI RENDE NOTO

Che, possono presentare istanza, presso i Comuni di residenza di questo Distretto Socio Sanitario D1, i familiari dei Disabili Minor Gravi di cui all'art. 3 comma 3 L.104/92.

La durata dell'intervento è subordinata al finanziamento regionale ed al numero dei richiedenti;

Il modello dell'istanza può essere ritirato presso gli uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza o scaricato dal sito www.comune.agrigento.it del Comune di Agrigento o dal sito dedicato del Comune di residenza del disabile.

L'erogazione dei servizi socio-assistenziali avverrà, per libera scelta, secondo una delle seguenti modalità di gestione:

1. **Assistenza Diretta:** il servizio è "Direttamente" fornito dal Comune che si avvale degli enti "no profit" accreditati.
2. **Assistenza indiretta:** il beneficiario sceglierà l'operatore socio assistenziale con il quale stipulerà un contratto nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali anticipandone tutte le spese. Il rimborso avverrà su richiesta indirizzata al Distretto Socio Sanitario D1 allegando idonea documentazione giustificativa della spesa.

L'istanza dovrà essere corredata, pena esclusione, da:

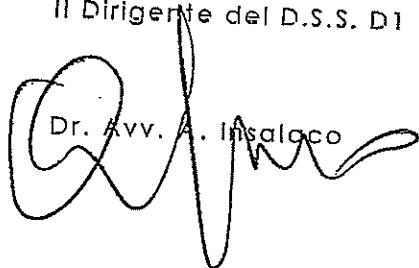
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente;

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del beneficiario;
- Verbale della commissione medica attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92;

Non verranno accolte le istanze pervenute oltre il termine di scadenza.

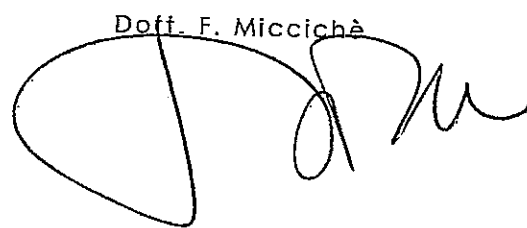
Il Dirigente del D.S.S. D1

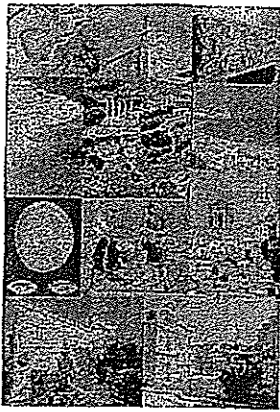
Dr. avv. A. Insalaco



Il Presidente del Comitato dei Sindaci

Dott. F. Miccichè





DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

Comune capofila AGRIGENTO

Aragona – Comitini – Favara – Ioppolo Giancaxio - Porto Empedocle – Raffadali – Realmonte - Santa Elisabetta – Sant'Angelo Muxaro – Siculiana -

Al Comune di

Distretto S.S. D 1

Oggetto: Interventi in favore di " Disabili Minori Gravi" di cui al D.R.S. n 1916 del 18/10/2022

Il sottoscritto _____ nat_ a _____
il _____ e residente in _____ n. _____
Comune di _____ C.F. _____
Tel. _____

CHIEDE

L'ammissione agli interventi in favore di "Disabili Minori Gravi" con l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi del D.P.R. n 589/2018 per beneficiare degli interventi di cui al D.R.S. n 1916 del 18/10/2022, per il proprio figlio:

Cognome _____ Nome _____
noto/a a _____ il _____ residente a _____
In via _____ n. _____ C.F. _____
Tel. _____

Allega alla presente, pene esclusione, la seguente documentazione:

- Fotocopia carta di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia carta di identità e del codice fiscale del richiedente;
- Verbale della commissione medica attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92, in busta chiusa;

Il comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti.

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

Il Richiedente
