

55

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D.1 AGRIGENTO
Comune di Agrigento

AVVISO PUBBLICO
PER SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE ART. 3 COMMA 3 L. 104/92

IL COORDINATORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1 Agrigento
Dirigente del Settore I Comune di Agrigento

RENDE NOTO

che con D.D. n. 2538 del 06.12.2018 l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro ha provveduto ad assegnare al Distretto D1 le risorse economiche, a valere del "Fondo Regionale per la disabilità e la non autosufficienza" destinate ai disabili gravi non autosufficienti, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92, finalizzate, a seguito dell'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza, da parte dell'Unità di valutazione Multidimensionale, alla presa in carico del soggetto da parte degli Uffici di Servizio Sociale del D.S.S. D1, e successiva elaborazione e sottoscrizione del Patto di Servizio che individui le tipologie di servizi che si intende erogare, previo accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza da parte dell'U.V.M.

REQUISITI DI AMMISSIONE:

Possono presentare istanza i seguenti soggetti richiedenti:

- i portatori di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- i familiari residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D1, nel cui nucleo siano presenti disabili gravi;
- gli Amministratori di Sostegno o i Tutori Legali in rappresentanza dell'interessato.

I beneficiari devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. Essere stato dichiarato disabile grave ed essere in possesso della certificazione rilasciata dalle autorità competenti;
2. Essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario D. 1;
3. Essere in possesso della certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA:

L'istanza da compilare secondo apposito modello disponibile presso gli Uffici di Servizio Sociale di ogni singolo Comune del Distretto D1 e il sito web del Comune Capofila di Agrigento debitamente sottoscritta, dovrà essere corredata della seguente documentazione da allegare:

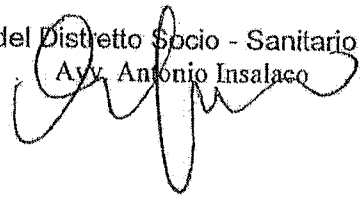
1. Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell' art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
2. Certificazione ISEE Socio-sanitario in corso di validità;
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave).

L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12:00 del **22/03/2019** al Protocollo Generale di ciascun Comune di residenza dell'istante.

Il presente Avviso è pubblicato sul sito web del Comune di Agrigento - Capofila del D.S.S. D1 e sui siti di tutti i Comuni del Distretto.

Agrigento, 11 22/02/2019

Il Coord. del Distretto Socio - Sanitario D.1 Agrigento
Ayy. Antonio Insalaco



E
COMUNE DI COMITINI
Comune di Comitini
Protocollo N. 0001155/2019 del 25/02/2019

Al Distretto Socio Sanitario D1 Agrigento

Comune di _____

Oggetto: Istanza per la richiesta di interventi in favore di soggetti in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma Legge 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Via _____ N° _____

Codice Fiscale _____ Tel / Ce Il. _____

DICHIARA

Di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992

In qualità di _____ (familiare di riferimento)

In qualità di Amministratore di sostegno

In qualità di Tutore Legale

- Che il/la Sig. _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Via _____ N° _____

Codice Fiscale _____ Tel / Ce Il. _____

è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

Allega alla presente istanza:

Copia conforme all'originale della certificazione attestante la disabilità L. 104/1992 art. 3 comma 3;

Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;

Copia del Documento di Riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave).

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

Luogo _____, data _____

FIRMA