

## **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, li 22/02/2019

Il Coord. del Distretto Socio - Sanitario D.1 Agrigento

Avv. Antonio Insalaco



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**