

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D2

COMUNI: Alessandria della Rocca – Cianciana – San Biagio Platani – Santo Stefano Quisquina

Comune capofila: Bivona

Tel. 0922 986382 – Fax n. 0922 983123

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTO MONETARIO A FAVORE DEI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

Si porta a conoscenza dei cittadini che sono aperti i termini per la presentazione delle richieste 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 diretti interessati o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio da inoltrare al PUA o presso il proprio comune di residenza **entro e non oltre il 1.12.2018**.

I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all' art.3 del D.M. 26.09.2016 (elencate nell'allegato modello di domanda) e previa firma del Patto di Cura in favore del soggetto beneficiario.

All'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:

- Fotocopia documento di identità e il codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e il 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 104/92 art.3 comma 3;
- Copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I) relativa certificazione medica comprovante i medesimi.
- ISEE

Bivona li, 31.10.2018

Il Sindaco

Il Presidente del Comitato dei Sindaci

M. Cinà

Al PUA / Distretto Socio Sanitario _____

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico 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.

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 Beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)

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

Soggetto beneficiario

Del/la Sig./ra _____

nat _____ a _____ il _____

di essere residente a _____ in Via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.

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'indennità di accompagnamento;
- Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera l), relativa certificazione medica comprovante i medesimi.
- 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 dell'art.13 D.Lgs. n.196/03 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 ed è regolata dall'art.19. L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.Lgs. n.196/03.

IL RICHIEDENTE
