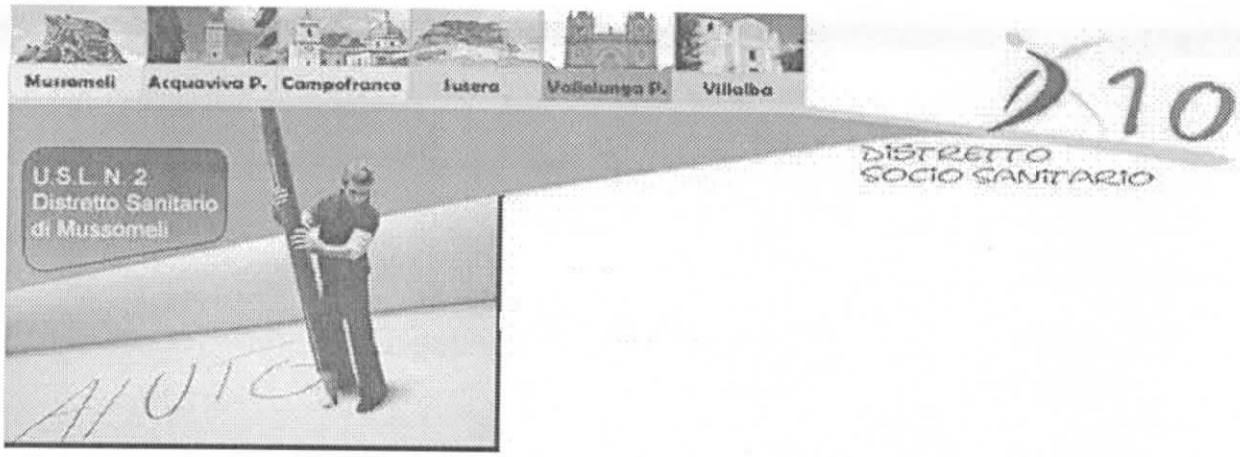

INTEGRAZIONE
dell'Avviso Pubblico diramato dallo scrivente Distretto in data 17/05/c.a

Si comunica che l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro e l'Assessorato della Salute, in data 26/maggio 2017 hanno pubblicato sulla GURS la circolare del 24 maggio 2017 avente per oggetto: "Legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017 e decreto presidenziale n. 545 del 10 maggio 2017. Disabilità Gravissima Direttive".

Si precisa che il termine ultimo valido per la presentazione delle istanze è di giorni trenta dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana del suddetto decreto presidenziale n. 545/2017.

Si precisa, altresì, che restano valide le istanze già presentate a far data dall'11 maggio 2017 (data di pubblicazione dell'avviso nel sito web della Presidenza), comunque esse siano state formulate, ivi comprese quelle compilate sui modelli elaborati dalle A.S.P., dai comuni e dai distretti socio sanitari. In caso di carenza della documentazione sarà cura delle A.S.P. richiedere le integrazioni necessarie. Le istanze dovranno essere presentate utilizzando lo schema tipo messo adisposizione delle ASP che si allega alla presente.

Mussomeli lì 26/05/2017

Il Responsabile dell'Area Amministrativa
(dr.ssa Antonina Cordaro)

AL COMUNE DI _____

DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CALTANISSETTA

VIA CUSMANO, 1 - 93100 CALTANISSETTA

pec-mail: protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.it

Tel: 0934.506238 (dal Lun al Ven - dalle 9 alle 13)

OGGETTO: ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO ECONOMICO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI ASSISTENZA H 24.

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO IL 11 MAGGIO 2017 e sulla GURS n ._____ del _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Il/La sottoscritto/a_____(*)

nato/a _____(*) **il**_____(*)

CF_____(*) **e residente a** _____(*)

Via _____(*) **n. civico** _____ **Tel/Cell n.** _____(*)

E-mail_____ (*)

☐ PER SE STESSO

☐ IN QUALITA' DI RAPPRESENTANTE LEGALE OVVERO COME FAMILIARE DELEGATO (specificare il grado di parentela e allegare eventuale nomina_____)

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previa valutazione da parte dell'Unità Multidimensionale dell'ASP di competenza territoriale, che dovrà verificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'Art. 3 del D.M. 26.09.2016 del disabile gravissimo e previa firma del "Patto di Cura".

(*) campo obbligatorio

DATI ANAGRAFICI DEL DISABILE (*) (Da compilarsi solo nel caso in cui il richiedente non è il disabile stesso):

Cognome	Nome

Luogo di nascita	Data di nascita

Luogo di residenza	Codice Fiscale

Recapito telefonico	E-Mail

A TAL FINE DICHIARA

☐ DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104, CON REVISIONE.....

☐ DI ESSERE IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE, CON REVISIONE .....

☐ LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016;

☐ DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER ACCEDERE AI BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

ALLEGA:

- Verbale definitivo di Visita della Commissione medica con diagnosi (*)(da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente (*)
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo (*)

(*) campo obbligatorio

- Altro (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")

_____

_____lì_____ FIRMA_____

IL/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc.. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del Comune di _____e dell'ASP di Caltanissetta per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il/la richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D. L.gs 196/2003.

_____lì_____

FIRMA DEL DICHIARANTE

_____

(*) campo obbligatorio