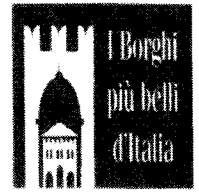




COMUNE DI GERACI SICULO  
(Area Metropolitana di Palermo)  
C.A.P. 90010 P.zza Municipio n. 14 - P.I.00540780822 ☎ 0921-643078 ☎ 0921 643619  
e-mail:[servizisocialigeraci@libero.it](mailto:servizisocialigeraci@libero.it) - [www.comune.geracisiculo.pa.it](http://www.comune.geracisiculo.pa.it)  
Pec:[protocollo@pec.comune.geracisiculo.pa.it](mailto:protocollo@pec.comune.geracisiculo.pa.it)  
Settore Amministrativo  
**Servizi Sociali**



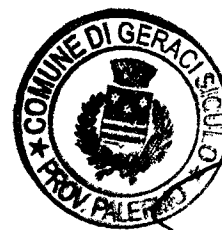
## Avviso Pubblico

Si avvisa la cittadinanza che a seguito dell'emanazione della circolare dell'Assessorato della Salute n. 21 del 03/12/2018 il termine ultimo per la presentazione delle istanze per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.m. 26/09/2016 è stato prorogato al 31/12/2018.

L'istanza deve essere presentata dagli interessati o loro familiari o rappresentanti legali al Pua del Distretto Socio Sanitario n. 35 di Petralia Sottana.

Il presente avviso sarà pubblicato sul sito istituzionale del comune e all'albo pretorio on line.

I moduli sono disponibili presso l'Ufficio servizi sociali del Comune di Geraci Siculo.



Firma

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
L'ASSESSORE

**OGGETTO: DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE SICILIANA DEL 31 AGOSTO 2018, N. 589 e SS.MM.II. – DISPOSIZIONI ATTUATIVE. MODALITÀ DI ACCESSO AL FONDO EX ART. 9 DELLA L.R. 8/2017.**

Circolare Assessoriale n. 21 del 03-12-2018

**ALLE DIREZIONI STRATEGICHE  
DELLE AZIENDE SANITARIE  
PROVINCIALI**

e p.c.

**ALL'ON. ASSESSORE REGIONALE  
DELLA FAMIGLIA E POLITICHE  
SOCIALI**

**AL DIRIGENTE GENERALE DEL  
DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA  
FAMIGLIA E POLITICHE SOCIALI**

Con D.A. 113/GAB del 23 ottobre 2018 dell'Assessorato della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro è stato pubblicato "Avviso pubblico per la presentazione delle richieste per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016 per l'applicazione dell'articolo 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i."; con successivo D.A. n. 126/GAB del 13 novembre 2018, si disponeva la revoca del precedente D.A. 113/GAB e l'approvazione della "disposizione assessoriale adottata, ai sensi dell'articolo 5 bis dell'articolo 9 della L. regionale n. 8 del 9 maggio 2017 così come introdotto dall'articolo 30 della Legge regionale n. 8 del 08.05/2018, di

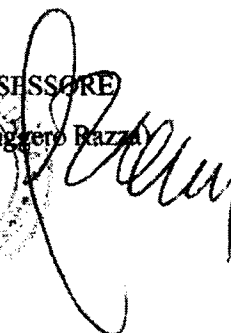
di riapertura dei termini per la presentazione delle richieste per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016".

La citata disposizione fissa "l'apertura dei termini dal 1 novembre al 31 dicembre di ogni anno per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016 secondo le modalità e i criteri determinati con Decreto del Presidente della Regione Siciliana adottato in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 9" facendo salve le domande presentate a far data dal 1 novembre 2018.

La presente Circolare, ai sensi di quanto disposto nella Disposizione Assessoriale di cui al D. A. 126/GAB dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche sociali e del Lavoro del 13 novembre 2018, e coerentemente con la precedente Circolare di questo Assessorato, la n. 17 del 13 settembre 2019, è emanata al fine di delineare le modalità di accesso e di riconoscimento del beneficio economico ai soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

1. L' Istanza di accesso al beneficio deve presentarsi, **entro il 31 dicembre del 2018**, mediante la compilazione del modello allegato alla presente. L'Istanza deve essere presentata dagli interessati o loro familiari o rappresentanti legali, al PUA competente per territorio di residenza o presso il Distretto Socio Sanitario competente per territorio. L'accesso al beneficio economico, nei limiti degli stanziamenti di bilancio dell'esercizio finanziario 2019, è subordinato alla verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.
2. La procedura di valutazione e definizione di ogni singola istanza sarà definita, dalle ASP territorialmente competente, entro 90 giorni a decorrere dalla data del 1.01.2019.
3. Per i soggetti nei confronti dei quali sia riconosciuta, con la procedura di cui al precedente punto, la condizione di disabile gravissimo ex articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016, la percezione del beneficio, previa firma del Patto di cura da parte del beneficiario o del rappresentante legale, decorre a far data dal 1 aprile 2019. Per coloro i quali la procedura di cui al punto 2 dovesse non concludersi nel termine del 31 marzo 2019, il beneficio economico sarà erogato solo dopo la conclusione del procedimento di valutazione con riconoscimento, comunque, delle somme da calcolarsi a far data dal 1 aprile 2019.

L'ASSESSORE  
(Avv. Ruggero Rizza)



AI PUA / Distretto Socio Sanitario di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ARTICOLO 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.RS. 31 AGOSTO 2018, N. 589.**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**In qualità di beneficiario / familiare delegato o di rappresentante legale.**

**(Specificare il titolo) \_\_\_\_\_**

**SOGGETTO BENEFICIARIO**

**(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario).**

Signor/a \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

## A TAL FINE DICHIARA

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
2. che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale.
3. di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, homecare premium e contributi economici);
4.  **DI NON AVERE** già presentato l'Istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;  
 **DI AVERE** già presentato l'Istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo;

### solo in quest'ultimo caso:

- di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "Contenente dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 1 dicembre 2018.

### Allega alla presente:

- Fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia di 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 L. 104/92, art. 3, comma 3;
- Copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- Certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativamente).

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'articolo 13 del G.lgs. 196/2003 e del Regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno 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.

L'interessato può far valere nei confronti della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del DGPR 2016/679.

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_