



ASP N. 9



GIBELLINA



MAZARA DEL VALLO



SALEMI



VITA

-----oOo-----

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 53

- Legge 328/2000 -

Comune Capofila: MAZARA DEL VALLO

1° Settore Affari Generali, Sociali e Culturali - Servizio Affari Sociali -

AVVISO PUBBLICO

Si rende noto che con nota del 4.05.2015 prot. n. 14404 la Regione Siciliana – Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali ha comunicato, giusta D.A. n. 92 del 23.01.2015, il finanziamento per i Distretti Socio-sanitari dell'isola in favore di interventi di assistenza domiciliare diretta e indiretta in favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

Per disabili gravissimi, ai sensi del D.M. 7 maggio 1014 art. 3 c. 1, si intende: *“soggetti in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità psicofisica”*. Il Dipartimento regionale ha con nota prot. n. 36096 dell'08.10.2014, comunicato ai Distretti socio-sanitari dell'isola, la definizione delle patologie riconducibili ai disabili gravissimi.

Al fine di poter accedere ai finanziamenti regionali per l'attivazione del servizio domiciliare si invitano i soggetti disabili e i loro familiari di riferimento a presentare, entro e non oltre il **giorno 3 giugno 2015**, richiesta per la definizione del progetto individuale di assistenza utilizzando l'apposito modello di domanda ritirabile presso gli uffici del Servizio Affari Sociali dei Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 53, o scaricabile sui siti istituzionali dei comuni del Distretto S.S. n. 53 (www.comune.mazaradelvallo.tp.it - www.salemi.gov.it - www.comune.gibellina.tp.it - www.comune.vita.tp.it).

Il servizio domiciliare prevede le seguenti attività e tipologie di intervento:

- Attività per l'autonomia personale
- Attività di correlazione con il mondo esterno
- Attività espressive ed occupazionali

Per l'ammissione al servizio i beneficiari devono essere in possesso dei seguenti requisiti che dovranno essere documentati nella domanda di contributo:

- 1) Residenza del beneficiario e della famiglia che lo assiste nel Distretto socio-sanitario n. 53;
- 2) Certificazione del portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92;
- 3) Assenza di assistenza domiciliare erogata dal Comune e/o dal Distretto Socio-Sanitario n. 53;
- 4) Reddito ISEE riferito all'ultima dichiarazione dei redditi del nucleo familiare del disabile beneficiario.

Il Dirigente Coordinatore del Distretto S.S. n. 53
(Dott.ssa Maria Gabriella Marascia)

AL DISTRETTO SS.53

Comune di _____

OGGETTO: Richiesta di Piano Personalizzato (D.A. 92 del 23.01.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ nr _____

C.F.: _____ Tel: _____

nella qualità di _____ (specificare il rapporto di parentela)

del/la sig/ra/minore _____

nato/a a _____ il _____

CHIEDE

La definizione del progetto assistenziale personalizzato, ai sensi della legge 162/98, in favore di _____ nato/a _____ prov _____ il _____

residente in _____ via _____ tel. _____

C.F. _____

Medico di base/Pediatra _____

Finalizzato alle seguenti attività e tipologie di assistenza domiciliare:

- Attività per l'autonomia personale
- Attività di correlazione con il mondo esterno
- Attività espressive ed occupazionali

A tal fine, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. Il possesso di certificazione dello stato di handicap grave (art.3 comma 3 della legge 104/1992) in corso di validità;
2. Che la composizione del nucleo familiare del beneficiario del progetto personalizzato è la seguente:

NR	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Grado di Parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

3) essere in possessori attestazione ISEE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno 2014 pari ad € _____;

4) Il/la sottoscritto/a dichiara altresì che il/la proprio/a familiare non usufruisce di assistenza domiciliare.

Si allega alla presente:

- Copia conforme delle certificazioni rilasciate dall'Ufficio competente attestanti il possesso della disabilità di cui all'art.3 comma 3 della legge nr. 104/92 dei soggetti interessati al progetto;
- Stato di famiglia del disabile;
- Documentazione attestante il reddito ISEE.

Mazara del Vallo _____

FIRMA
