



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 31

Comune Capofila S. Agata Militello

Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo d'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto,
Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, S. Fratello, S.
Marco d'Alunzio, S. Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici

AVVISO PUBBLICO

VISTO IL D.A. 3779 DEL 29/12/2015 CON IL QUALE E' STATO ATTUATO IL PROGRAMMA CONCERNENTE GLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI UN'ASSISTENZA CONTINUA H24 E NON USUFRUISCONO DI ALTRA ASSISTENZA DOMICILIARE

SI RENDE NOTO

CHE in applicazione della normativa sopracitata, possono presentare richieste disabili gravissimi "Soggetti in condizione 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 psico-fisica".

A seguito della presentazione delle richieste, il Distretto provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile attraverso l'Unità di valutazione Multidimensionale procedendo alla elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato specifico per ciascun utente, oppure mediante interventi di integrazione socio-sanitaria Centro di riferimento, Dipartimento della Salute, ASP, etc.

I progetti assistenziali personalizzati, distrettuali, dovranno avere la durata di almeno 12 mesi

Spese ammissibili:

- Le spese riguardanti il personale di assistenza strettamente legate alle funzioni assistenziali svolte nell'ambito del progetto.

L'istanza presentata dal beneficiario, su apposito modulo predisposto dal Distretto Socio-Sanitario n.31, dovrà pervenire presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza entro il 4 Marzo 2016, corredata dalla sotto elencata documentazione:

- Copia conforme della certificazione rilasciata dall'Ufficio competente attestante il possesso della disabilità di cui all'art 3 comma 3 della legge n.104/92 dei soggetti interessati al progetto;
- Stato di famiglia del disabile o autocertificazione;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- Fotocopia del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria.

SANT'AGATA MILITELLO, 15/02/2016

Il Coordinatore del Gruppo Piano

F.to Arch Piera Zingales B.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci

F.to Dott. Carmelo Sottile



Il Sindaco

Pidali Nino Martirio



DISTRETTO SOCIO - SANTUARIO N. 31

(Comune Capofila S. Agata Militello)

Acquedolci, Alcara li Fusi, Capo d'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzandò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, S. Fratello, S. Marco d'Alunzio, S. Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici

Istanza per "Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima"

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritt _____ nat a _____
il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____ Codice
Fiscale _____
Nella qualità di _____ (Specificare il rapporto di parentela) del
Sig _____ nat a _____ il _____

CHIEDE

Per il/la proprio/a familiare affetto/a da con grave patologia cronico degenerativa non reversibile, ai fini dell'eventuale ammissione all'apposito finanziamento regionale, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

Allega alla presente istanza:

- Copia conforme della certificazione rilasciata dall'Ufficio competente attestante il possesso della disabilità di cui all'art 3 comma 3 della legge n.104/92 dei soggetti interessati al progetto;
- Stato di famiglia del disabile o autocertificazione;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- Fotocopia del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione degli interventi di cui al D.A n.92/2015 e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

FIRMA
