



# COMUNE DI MIRABELLA IMBACCARI

*Città Metropolitana di Catania*  
Codice fiscale 82001750874 – Partita IVA 01110350871

## AVVISO PUBBLICO

### Disabilità grave

Richiesta attivazione Patto di servizio per soggetti disabili gravi ( art.3 comma 4 lett.b) del D.P. 589/2018 ).

**SCADENZA 05 luglio 2022**

Visti :

il D.P.R.S.A. 589 del 31/08/2018

il D.R.S. n. 2123 del 19/10/2021 – **Disabili maggiorenni gravi**

### SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze dei residenti nel comune di Mirabella Imbaccari, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92.

Possono presentare istanza presso l'Ufficio Protocollo del comune per l'attivazione del **Patto di servizio (secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018) che individua forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali:**

- I soggetti **maggio**renni affetti da disabilità grave in possesso della certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3;

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il **5 luglio 2022** può essere ritirato presso l'Ufficio Servizi Sociali - piano terra o scaricato dal sito istituzionale.

Le istanze dovranno essere corredate da:

- 1) fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e/o richiedente;
- 2) attestazione ISEE in corso di validità rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati

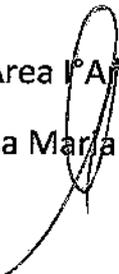
- 3) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92 da presentare in busta chiusa;

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale e si procederà alla presa in carico del disabile ed all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta., anche al fine di evitare duplicazioni di intervento o sovrapposizioni. Da ciò deriva la successiva sottoscrizione del **Patto di Servizio** anno 2022 all'interno del quale verranno individuate le prestazioni erogate ed erogabili al beneficiario nei limiti delle risorse disponibili.

**Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati richiesti.**

Il Responsabile dell'Area Amministrativa

Dott.ssa Maria Cristina Cafà



## Modello di Domanda

**OGGETTO: Disabilità grave- Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018.**

Al Comune di Mirabella Imbaccari

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

### Soggetto richiedente

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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  
caregiver o rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL ( da compilare solo in caso di caregiver o amministratore di sostegno/tutore)**

### Soggetto beneficiario

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lett b) del D.P. n. 589/2018**

### **A TAL FINE DICHIARA**

- Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ( barrare la casella interessata):
  - Non usufruisce di altri servizi ;
  - Usufruisce di altri servizi di assistenza pubblici erogati da \_\_\_\_\_
- Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- Di essere consapevole che l'erogazione dei servizi territoriali è subordinata alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

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;
- Attestazione ISEE in corso di validità

Allega altresì in busta chiusa con la dicitura " *Contiene dati sensibili* ", i seguenti documenti::

- Copia ( con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge 104/1992, art.3 comma 3.

***Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica Amministrazione, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e D.Lgs n. 51/2018.***

IL RICHIEDENTE

---