



DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

U.O.C. - HANDICAP, RIABILITAZIONE TERRITORIALE ED ASSISTENZA PROTESICA

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE DI ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 IN APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.R.S. 31 AGOSTO 2018 N. 589.

Si informa che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze esclusivamente:

- per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del D.M. 26/09/2016;
- per i soggetti che nell'anno 2018 hanno già presentato istanza per il riconoscimento del beneficio previsto di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 ma che non sono stati ritenuti aventi diritto allo status di disabile gravissimo.

I diretti interessati o loro rappresentanti legali dovranno presentare istanza al PUA - ASP Catania, competente per territorio di residenza di cui all'allegato elenco, dal 01 Novembre 2019 al 31 Dicembre 2019.

L'accesso al beneficio economico, nei limiti degli stanziamenti di Bilancio Regionale Esercizio Finanziario 2020, è subordinato alla verifica da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dell'ASP Catania che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del D.M. 26/09/2016.

La procedura di valutazione e definizione di ogni singola istanza sarà definita, dall'ASP Catania, entro 90 giorni a decorrere dal 01/01/2020.

Per i soggetti nei confronti dei quali sarà riconosciuta la condizione di disabile gravissimo ai sensi dell'art.3 del D.M.26/09/2016, la percezione del beneficio economico, previa successiva firma del Patto di Cura da parte del beneficiario o del rappresentante legale, decorre a far data dal 01 aprile 2020. Per coloro i quali la procedura non dovesse concludersi nel termine del 31 marzo 2020, il beneficio economico sarà erogato solo dopo la conclusione del procedimento di valutazione con riconoscimento, in esito positivo della stessa, delle somme da calcolarsi a far data dal 01 aprile 2020.

L'istanza dovrà essere effettuata compilando esclusivamente l'apposito modulo allegato al presente Avviso.

DISTRETTO SANITARIO	SEDE E INDIRIZZO	TELEFONO	GIORNI RICEVIMENTO	ORARIO RICEVIMENTO
ACIREALE	PIA PTA ACIREALE, V. MARTINEZ, 19 - ACIREALE	095/677325-327	DA LUNEDI' A VENERDI'	09.00-12.00
ADRANO	PIA PTA ADRANO, P.ZZA S. AGOSTINO, 1 - ADRANO	0957716371	LUNEDI' E VENERDI'	08.30-12.00
BRONTE	PIA PTA BRONTE V.LE CATANIA, 3 - BRONTE	0957746410-413-409	DA LUNEDI' A VENERDI'	08.30-12.30
CALTAGIRONE	PIA PTA VIZZINI C/O OSP. RINALDI, V. ROMA, VIZZINI UFFICIO PROT. DISTRETTO SANITARIO DI CALTAGIRONE, P.ZZA MARCONI, 2 - CALTAGIRONE	0933353058-89	DA LUNEDI' A VENERDI' MATT. MARTEDI' POM.	08.30-13.00 15.30-17.00
CATANIA	PIA PTA DI LIBRINO-S. GORGIO, STRADALE S GIORGIO, 105, CATANIA PIA PTA S. LUIGI, V.LE FLEMING, CATANIA	09509389766 0958250257	DA LUNEDI' A VENERDI' MATT. MARTEDI' POM. DA LUNEDI' A VENERDI'	08.30-12.00 15.00-17.00 09.00-12.00
GIARRE	PIA PTA GIARRE-C/O OSPEDALE V. FORLANINI UFFICIO PROT. DISTRETTO SANITARIO DI GIARRE, V.LE DON MINZONI, 1 - GIARRE	0957782256	DA LUNEDI' A VENERDI'	08.30-12.00
GRAVINA	PIA PTA GRAVINA, V. MONTI ARSI S.N. - GRAVINA DI CATANIA	0957502659-684	DA LUNEDI' A VENERDI'	08.30-12.00
PALAGONIA	UFFICIO PROT. DISTRETTO SANITARIO DI PALAGONIA, V. PALERMO S.N., PALAGONIA	095 1943825	DA LUNEDI' A VENERDI'	08.30-12.00
PATERNO	PIA PTA PATERNO, V. MASSA CARRARA, 2 - PATERNO	0957975145-040-027	DA LUNEDI' A VENERDI'	09.00-11.00

Al 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.R.S. 31 AGOSTO 2018, N. 589.

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritt _____
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 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 _____ cell _____
e mail _____

CHIEDE

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) 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, home care 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 2019.

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 e che sia stata valutata negativamente).

Il Sig./Sig.ra _____ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del d.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 dell'Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del DGPR 2016/679.

IL RICHIEDENTE
