



# DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/21 AGIRA

Comuni di Agira Assoro Leonforte Nissoria Regalbuto  
ASP n. 4 – Distretto di Agira

Prot n 116 del 04/01/22

## AVVISO PUBBLICO

### SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE ART. 3 COMMA 3 L. 104/92

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

### IL COORDINATORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/21 Dirigente del II Settore Comune di AGIRA

#### Visti:

- il D.P.R. 589 del 31/08/2018;
- il DRS n. 2123 /21 a favore dei disabili maggiorenni gravi;
- il DRS n. 2124 /21 a favore dei disabili gravi minori;

#### RENDE NOTO

che i disabili gravi non autosufficienti che non siano già inseriti nell'elenco distrettuale, possono presentare istanza presso l'ufficio protocollo del Comune di residenza per richiedere la presa in carico da parte degli Uffici di Servizio Sociale del Distretto socio sanitario D/21, l'inserimento nell'elenco permanente distrettuale, l'elaborazione del Progetto Personalizzato e la sottoscrizione del Patto di Servizio che **individua le forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali** (secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b. del D.P. n. 589/2018).

#### REQUISITI DI AMMISSIONE:

Possono presentare istanza per richiedere il Patto di Servizio i seguenti soggetti:

- i portatori di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- i familiari residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D/21 nel cui nucleo siano presenti disabili gravi;
- gli Amministratori di Sostegno o i Tutori Legali in rappresentanza dell'interessato.

I beneficiari devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. Essere stato dichiarato disabile grave ed essere in possesso della certificazione rilasciata dalle autorità competenti;
2. Essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario D/21;
3. Essere in possesso della attestazione ISEE per prestazioni Socio-sanitarie in corso di validità.

#### MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA:

L'istanza da compilare secondo apposito modello disponibile presso gli Uffici di Servizio Sociale di ogni singolo Comune del Distretto D/21 e il sito web del Comune Capofila di Agira ([www.comuneagira.gov.it](http://www.comuneagira.gov.it)), debitamente sottoscritta, dovrà essere corredata della seguente documentazione da allegare:

1. Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
2. Attestazione ISEE per prestazioni Socio-sanitarie in corso di validità;
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave).

A seguito della presentazione dell'istanza, saranno accertate dall'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'ASP) le condizioni di dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza del disabile grave.

Si procederà, quindi, all'elaborazione di un Piano Personalizzato in cui saranno pianificate la tipologia d'intervento e le risorse necessarie e in cui saranno descritte, al fine di evitare duplicazioni d'intervento o sovrapposizioni, le eventuali altre forme di assistenza dirette e/o indiretta di cui il disabile è beneficiario, nonchè le risorse di cui lo stesso beneficia in ragione della sua disabilità.

Il Patto di servizio, infine, definirà il servizio territoriale di cui il disabile beneficerà.

Detto Patto sarà riattualizzato annualmente anche al fine di verificare le ulteriori necessità eventualmente ravvisabili nell'ambito del Piano Personalizzato.

L'istanza dovrà pervenire entro e non oltre il termine del 31/01/2022 al Protocollo di ciascun Comune di residenza dell'istante.

Il presente Avviso è pubblicato sul sito web del Comune di Agira – Capofila del Distretto socio sanitario D/21 e sui siti di tutti i Comuni del Distretto.

Agira li, 04/01/2022



Il Coordinatore del Distretto D/21  
(Dott. R. Rugnone)

Al Distretto socio sanitario D/21 – Agira  
per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/92 -istanza per la richiesta di presa in carico, inserimento nell'elenco permanente distrettuale, elaborazione del Progetto Personalizzato (ai sensi dell'art. 3 comma 4 lett. b. del dp 589/18)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

CHIEDE

la presa in carico, l'inserimento nell'elenco permanente distrettuale, l'elaborazione del Progetto Personalizzato (ai sensi dell'art. 3 comma 4 lett. b. del dp 589/18)

DICHIARA

Di essere portatore di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/1992

oppure

In qualità di \_\_\_\_\_ (familiare di riferimento)

In qualità di Amministratore di sostegno

In qualità di Tutore Legale

- Che il/la Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_

è affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.

Allega alla presente istanza:

Copia della certificazione attestante la disabilità L. 104/1992 art. 3 comma 3;

Attestazione ISEE per prestazioni socio sanitarie in corso di validità;

Copia del Documento di Riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave).

Ai fini dell'accesso all'eventuale beneficio, dichiara di essere disponibile alla sottoscrizione del Patto di Servizio.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA