

							
COMUNE di CANICATTI (capofila)	Comune Campobello di Licata	Comune di Castrofilippo	Comune di Naro	Comune di Racalmuto	Comune di Ravanusa	Comune di Grotte	Comune di Camastra

A.S.P. n.1

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

Ai sensi del Decreto dell'Assessore Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro n. 92 del 23 gennaio 2015 e delle "Linee guida per la presentazione dei progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima,

AVVISO

Tutte le famiglie, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D3, nel cui nucleo sono presenti disabili in condizioni gravissime, che necessitano a domicilio di una assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario 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, ed in presenza delle seguenti patologie:

- Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina.
- Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e /o in carrozzina nonché incontinente.
- Paziente in stato vegetativo o coma o "locked –in syndrome".
- Paziente affetto da malattia neuro muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24.
- Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.
- Pazienti affetti da malattia cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.

possono presentare la relativa richiesta su apposito modello di domanda ritirabile presso l'Ufficio dei Servizi Sociali sito in C/so Vittorio Veneto o scaricabile dal sito istituzionale www.comunedicamastra-agrigento.it. entro il 19 giugno 2015.

Alla domanda deve essere allegata a pena di esclusione la seguente documentazione:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992.; oppure
- Certificazione rilasciata da una Struttura pubblica o privata accreditata, in cui sia espressamente indicata l'esistenza di una patologia gravissima progressiva, di cui al Bando, tale da configurare un quadro di disabilità gravissima non ancora riconosciuta dalla Commissione di verifica (legge 104/92).

- Autodichiarazione dalla quale si evinca la tipologia di assistenza già erogata dalla Struttura sia sanitaria che dagli Enti Locali, nonché eventuali protesi ed ausili forniti.
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido della persona disabile per la quale si richiede l'intervento.

Si precisa che:

a seguito della presentazione delle richieste, questo Distretto provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio sanitarie) procedendo all'elaborazione di un **progetto assistenziale personalizzato** specifico per ciascun utente.

Ai sensi del sopracitato Decreto n. 92 del 23 gennaio 2015, sono da ritenere ammissibili soltanto le spese riguardanti il personale di assistenza strettamente legate alle funzioni assistenziali svolte nell'ambito del progetto.

Tutte le spese devono essere attestate con documentazione valida ai fini fiscali, regolarmente quietanzate.

Saranno esclusi dal beneficio tutti coloro che faranno pervenire le istanze oltre il termine prefissato o non corredate dalla certificazione attestante la patologia da cui si è affetti.

Gli interventi del Piano assistenziale in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, potranno essere realizzati dopo l'approvazione e sono vincolati al finanziamento concesso dalla Regione Sicilia. Pertanto, la domanda non comporta nessun impegno da parte dei Comuni del Distretto Socio Sanitario D3.

Ulteriori informazioni possono essere richieste agli Uffici dei Servizi Sociali di ciascun Comune appartenente al Distretto Socio Sanitario D3.

Camagra, 29 Maggio 2015

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
Rag. Vincenzo Corbo

IL SINDACO
Rag. Angelo Cascià

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D3

COMUNE DI CAMASTRA

Al Sig. Sindaco

Uffici Servizi Sociali
del Comune di CAMASTRA

Oggetto: **Richiesta accesso agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ via _____ n. _____

Telefono/Cellulare _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

La concessione del beneficio concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2014 di cui al D.A. n. 92 del 23 gennaio 2015, dell'Assessorato Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano di assistenza domiciliare H24 e che non usufruiscono di altra assistenza domiciliare.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità, ai fini della concessione del beneficio in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima previsto dal D.A. n. 92 del 23 gennaio 2015;

DICHIARA

- Di essere in possesso dei requisiti necessari per l'accesso agli interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissime, relativi alle risorse finanziarie del F.N.A. 2014;
- Che nel proprio nucleo familiare appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig. _____ nato/a _____
il _____ Codice Fiscale _____ Disabile gravissimo,
che necessita a domicilio di assistenza H 24;
- Di non fruire di altra assistenza domiciliare;
- Di essere a conoscenza dell'accertamento da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-sanitarie) delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile;

- che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Luogo e data di nascita	Convivente
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Allega alla presente istanza:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992.; oppure
- Certificazione rilasciata da una Struttura pubblica o privata accreditata, in cui sia espressamente indicata l'esistenza di una patologia gravissima progressiva, di cui al Bando, tale da configurare un quadro di disabilità gravissima non ancora riconosciuta dalla Commissione di verifica (legge 104/92).
- Autodichiarazione dalla quale si evinca la tipologia di assistenza già erogata dalla Struttura sia sanitaria che dagli Enti Locali, nonché eventuali protesi ed ausili forniti.
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione.
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido della persona disabile per la quale si richiede l'intervento.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- Di essere consapevole della decadenza dal beneficio per le dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- Di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento, che lo stesso presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale è concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario;
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute;
- Autorizza il Distretto Socio Sanitario D3, al trattamento dei dati personali in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 193/2003, che verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Data _____

Firma
