

AVVISO PUBBLICO

Si informa che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per i **disabili gravissimi** di cui alla legge regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del D.P. n. 545/2017.

I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016 allegato al presente avviso.

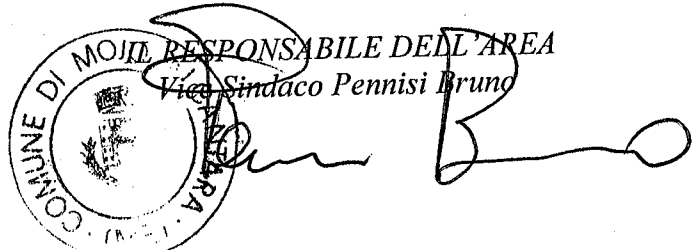
Coloro che risulteranno idonei, potranno ricevere un trasferimento monetario diretto da utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare.

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un **patto di cura**, redatto secondo lo schema allegato al precitato decreto presidenziale, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n 445/2000 in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

I servizi sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze si provvederà alla sospensione del beneficio economico.

Le Aziende Sanitarie Provinciali della Sicilia, i Distretti Sociosanitari e i Comuni tutti dovranno pubblicare il presente avviso nei propri siti istituzionali e curarne la più ampia diffusione

RESPONSABILE DELL'AREA
Vice Sindaco Pennisi Bruno



The stamp is circular with the text 'COMUNE DI MOJE' around the perimeter and a central emblem. A handwritten signature is written over the stamp and extends to the right.

AL SINDACO

COMUNE DI

AL DIRETTORE SANITARIO DEL DISTRETTO DI TAORMINA

....l... sottoscritt..... nat ... a il
residente invia n°.....
recapito telefonico

CHIEDE

di poter usufruire del beneficio economico ai sensi del D.P: 545/2017 , della L.R. n. 4 del 1 marzo 2017 e del D.P. 532/2017 :

- se stesso;
- il proprio familiare nat... ai.....
residente invia n°.....

DICHIARA

Di essere affetto da grave patologia come da certificato rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili che si allega alla presente.

Data

IL RICHIEDENTE

.....