



3) verbale della commissione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92 ;

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria) e si procederà alla presa in carico e all'elaborazione di un piano personalizzato "... dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta, da ciò deriva, al fine di scongiurare sovrapposizioni o duplicazioni di interventi..." la definizione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

Per le considerazioni suesposte, secondo le modalità del dal D.R.S. n.2681 del 9.10.2024 dovranno seguire le seguenti fasi procedurali:

- **Redazione del patto di servizio e contestuale comunicazione all'UVM:**

l'ufficio comunale dei servizi sociali, provvederà insieme agli interessati alla redazione e sottoscrizione dei patti di servizi, nonché alla contestuale comunicazione e invio all'UVM di ciascun patto di servizio sottoscritto.

- **Erogazione:**

dopo la sottoscrizione del Patto, segue l'erogazione dei servizi secondo le modalità previste dall'art.9 della l.r. n.8/2017, che dispone forme di assistenza diretta o indiretta, quest'ultima ammessa purchè rendicontabile con documentazione comprovante il servizio reso.

- **Completamento del Progetto Personalizzato:**

l'ASP ricevuto, il patto di servizio, avvia la redazione del PAI, ai sensi dell'art.21 del DPCM del 2017.

L'UVM, ai fini della definizione dei bisogni assistenziali, prende atto del patto di servizio ovvero può chiedere la modifica coinvolgendo l'ufficio sociale del comune, tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, la persona disabile e la sua famiglia.

L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità .

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati.

Il Coord. del D.S. S. n. 31  
Ing. Giovanni Amantea



Il Presidente del Comitato dei Sindaci  
Bruno Mancuso





Modello di Domanda

**OGGETTO: Disabilità Gravi Adulti (maggiori di anni 18) – Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/Gab. Del 31/08/2018.**

**Al Distretto Socio Sanitario D31**

**Tramite il Comune di \_\_\_\_\_**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

In qualità di:\*

- beneficiario interessato
- familiare delegato
- rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

\*barrare la casella di interesse

**CHIEDE**

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

*per Soggetto beneficiario*

Sig.ra/signor \_\_\_\_\_

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

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

A TAL FINE, 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, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione;

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

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- ISEE rilasciato nel corrente anno 2024, corredato da dichiarazione;

ed, inoltre:

- 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;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

\_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

**IL RICHIEDENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, ai sensi dell' art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

\_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

**IL RICHIEDENTE**