



<b>COMUNE DI S. TEODORO</b> (Messina)	
COD. AMM. NE c - 1328	
Data.....	28 NOV 2019
Prot. Entrata N.....	
Prot. Uscita N.....	4537

## COMUNE DI SAN TEODORO

PROVINCIA MESSINA

\*\*\*\*\*

AVVISO PUBBLICO

IL SINDACO

RENDE NOTO

Che sono riaperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per le persone con **disabilità gravissima di all'art. 3 del D.M. del 26/09/2016.**

A beneficiare dell'indennizzo sono tutti i nuovi soggetti in condizione di disabilità gravissima che sono in possesso di certificazione attestante la condizione di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/92 e del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

**La domanda va presentata esclusivamente da chi non è stato già dichiarato disabile gravissimo negli anni precedenti al 2019.** Infatti, chi è già stato riconosciuto disabile gravissimo non deve presentare nessuna domanda essendo già nell'elenco dei disabili gravissimi.

Per coloro che abbiano già presentato istanza e che sia stata valutata negativamente negli anni precedenti, per una nuova valutazione, aggiungere alla domanda un certificato che attesti l'aggravamento della condizione di salute prodotta da una struttura pubblica (entro la data dell'1 dicembre 2019).

L'accesso al beneficio è subordinato alla verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di **disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016.**

**La domanda va presentata a mano, o tramite raccomandata A/R al Punto Unico di Accesso (PUA) o al Distretto Socio Sanitario D32 di Taormina, entro e non oltre la data del 31/12/2019.**

Il modello di domanda è disponibile:

- sul sito internet dell'ASP di Messina all'indirizzo <http://www.asp.messina.it>
- sul sito internet del Comune di San Teodoro all'indirizzo <http://www.comune.santeodoro.me.it>

San Teodoro, li 28/11/2019



IL SINDACO  
(Dott.ssa Valentina Costantino)



**Azienda Sanitaria Provinciale**

**Messina**

## **Linee guida domanda Disabili Gravissimi**

### **CHI PUÒ RICHIEDERE IL BENEFICIO ECONOMICO**

A beneficiare dell'indennizzo sono tutti i nuovi soggetti in condizione di disabilità gravissima che sono in possesso di certificazione attestante la condizione di cui art.3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento.

La domanda va presentata esclusivamente da chi non è stato già dichiarato disabile gravissimo negli anni precedenti al 2019. Infatti, chi è già stato riconosciuto disabile gravissimo ha ormai acquisito uno status accertato e non deve presentare nessuna domanda essendo già nell'elenco dei disabili gravissimi della Regione Sicilia.

### **DOVE E COME VA PRESENTATA LA DOMANDA**

La domanda va presentata a mano, o tramite raccomandata A/R al Punto Unico di Accesso o ai servizi socio sanitari competenti per territorio di residenza ovvero presso il Distretto socio sanitario competente per territorio.

La domanda, inoltre, dovrà essere corredata da una fotocopia di un documento valido di identità e del codice fiscale del beneficiario o del soggetto richiedente qualora quest'ultimo sia diverso da beneficiario.

In quest'ultimo caso il richiedente dovrà anche allegare un documento che attesti il titolo per il quale può agire.

Alla domanda dovrà essere aggiunto anche una copia della certificazione sanitaria, una copia dell'indennità di accompagnamento, certificazione attestante la condizione di cui art 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104.

### **AGGRAVAMENTO**

Per coloro che abbiano già presentato istanza e che sia stata valutata negativamente, aggiungere alla domanda, un certificato che attesti l'aggravamento della condizione di salute prodotta da una struttura pubblica (entro la data del 01 dicembre 2019).

Successivamente alla presentazione della domanda, l'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'Asp provvederà ad accertare mediante una visita quanto dichiarato dal beneficiario nella domanda.

Allegato 1

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'ART. 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.RS. 31 AGOSTO 2018, N° 589**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere attualmente residente in provincia di \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere attualmente residente in provincia di \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP 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 CHE

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'art. 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 allegare autocertificazione ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo al titolo di esempio, homecare 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 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 che sia stata negativamente).

*Il/la 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 della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679.*

**IL RICHIEDENTE**