



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 37

COMUNE CAPOFILA: Termini Imerese

COMUNI ADERENTI: Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciara, Scillato, Sclafani Bagni, Trabia



### AVVISO PUBBLICO

Censimento Persone Disabili Gravi (*Minori e Adulti*) del Distretto Socio-Sanitario 37

#### SI RENDE NOTO CHE

Ai sensi della Delibera n. 9 del Comitato dei Sindaci del 07/10/2024 può essere presentata dai cittadini, disabili gravi in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n. 104/92 del Distretto Socio-Sanitario 37, o dai rispettivi *caregiver*, l'istanza per il censimento anno 2024. Tale censimento sarà utilizzato per l'individuazione dei beneficiari delle eventuali prestazioni sociali e assistenziali, attivabili ad avvenuta ricezione di finanziamenti regionali e ministeriali in favore del Distretto Socio Sanitario 37.

Il modello dell'istanza, può essere ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza o scaricato dai siti istituzionali e dovrà essere presentato, **da Mercoledì 9 Ottobre a Venerdì 8 Novembre**, agli indirizzi pec degli uffici di Protocollo Comunali o brevi manu.

#### Documentazione da allegare in busta chiusa indicante la dicitura "**Contiene dati sensibili**":

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale della persona disabile;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente (**CAREGIVER**);
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- ISEE in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore.

A seguito della presentazione della istanza, gli Uffici di Servizio Sociale Comunali si attiveranno unitamente **all'Unità di Valutazione Multidimensionale** (socio-sanitaria) per la sottoscrizione del "**Patto di Servizio**" e l'elaborazione di un piano personalizzato.

Le eventuali prestazioni sociali e assistenziali saranno erogate (*a mezzo Voucher*) ad avvenuta ricezione di finanziamenti regionali e ministeriali in favore del Distretto Socio Sanitario 37, e potranno prevedere sia prestazioni di Assistenza Personale sia di Assistenza Educativa.

Ad ogni utente sarà assegnato un valore di Voucher per ore di assistenza che sarà determinato in relazione alla disponibilità finanziaria e al numero degli utenti in possesso dei requisiti.

Gli Uffici di Servizio Sociale Comunali potranno effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

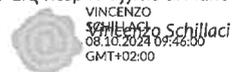
Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dalla documentazione sopra indicata.

Si allega modello di istanza.

**e-mail:** [v.schillaci@comune.termini-imerese.pa.it](mailto:v.schillaci@comune.termini-imerese.pa.it)  
Piazza Duomo 90018 Termini Imerese (Pa)  
Tel. 091 8128277

**pec:** [protocollo@pec.comuneterminiimerese.pa.it](mailto:protocollo@pec.comuneterminiimerese.pa.it)  
[www.comuneterminiimerese.pa.it](http://www.comuneterminiimerese.pa.it)

L'Esp. Resp. Ufficio di Piano  
VINCENZO  
Schillaci  
08.10.2024 09:46:30  
GMT+02:00



Spett. Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Censimento 2024 Disabili Gravi Minori e Adulti (art.3 c.3 L.104/92)

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

nat\_\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o noncorrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

### CHIEDE

( ) Per se stesso

o in qualità di:

( ) caregiver

( ) amministratore di sostegno

( ) tutore

della persona disabile di seguito indicata:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nat\_\_a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

di essere censito per le eventuali prestazioni di Assistenza Personale ed Educativa che saranno erogate (a mezzo Voucher) ad avvenuta ricezione di finanziamenti regionali e ministeriali in favore del Distretto Socio Sanitario 37, a seguito della sottoscrizione del "Patto di Servizio" e dell'elaborazione di un piano personalizzato a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria)

A tal fine allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale della persona disabile;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente (CAREGIVER);
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore;
- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 c. 3;
- ISEE in corso di validità.

### A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato con Delibera del Comitato dei Sindaci n.9 del 07/10/2024 e di accettarne interamente i contenuti
- di autorizzare al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n. 196/03, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C.

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

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_