



COMUNE DI PETRALIA SOTTANA
CAPOFILA
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 35

Palazzo Municipale Corso Paolo Agliata n. 50
90027 Petralia Sottana (Pa) Codice fiscale 83000710828
tel. 0921684306

protocollo.petraliasottana@sicurezzapostale.it

AVVISO PUBBLICO
PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVE

Visto l'art. 9 della legge regionale n. 8 del 9 maggio 2017 che ha istituito il "Fondo regionale per la disabilità e la non autosufficienza", successivamente modificato ed integrato dall'art. 30 della legge regionale n. 8 del 8 maggio 2018;

Visto il D.R.S. N. 3705 del 18.12.2023 con il quale l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, ha ripartito in favore dei Distretti Socio Sanitari della Regione le risorse relative al Fondo Regionale per la non Autosufficienza;

SI INVITANO

tutte le famiglie, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario 35, nel cui nucleo familiare siano presenti disabili gravi, riconosciuti tali ai sensi della legge 104/1992, art. 3, comma 3, a presentare, apposita dichiarazione relativa alla condizione di disabilità grave.

Alla dichiarazione deve essere allegata la seguente documentazione:

Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992;

Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità "tranne per i disabili gravi minori";

Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

A seguito della presentazione dell'istanza, l'UVM (Unità di valutazione Multidisciplinare dell'ASP) procederà all'elaborazione di un Piano Personalizzato.

Il Patto di Servizio, infine, definirà il servizio di cui il disabile beneficerà.

Il modello per la presentazione della dichiarazione può essere scaricato dal sito istituzionale dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario 35, oppure ritirato presso gli Uffici dei Servizi Sociali degli stessi comuni, e deve essere consegnato all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza, entro il 19.04.2024.

Petralia Sottana, lì 29.03.2024.



Il Coordinatore del Distretto Socio Sanitario N. 35
Dott. Giuseppe Di Gangi

Al Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: Istanza per persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3,
comma 3, della Legge n. 104/92.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente in
via _____ telefono _____

DICHIARA

Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/92;

ovvero

Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di
parentela, il/la Sig. _____ nato/a il _____ a _____ (Prov. ____)
affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992;

Allega alla presente istanza:

Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992;

Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità “tranne per i disabili gravi minori”;

Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e del disabile grave);

Luogo _____ Data _____

FIRMA
