

ALLEGATO SUB A



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA**

095/71995211 - [distrettosociosanitario19@gmail.com](mailto:distrettosociosanitario19@gmail.com) - PEC:[ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it)

**Riapertura termini Avviso pubblico  
per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità  
grave prive del sostegno familiare “Dopo di noi” – finanziamento 2016-2017**

**SI RENDE NOTO**

Che al fine di individuare ulteriori 2 beneficiari da inserire nella programmazione del piano denominato “**DOPO DI NOI**”, i residenti del Distretto Socio Sanitario 19, Comuni di Gravina di CT, San Gregorio di CT, Mascalucia, Tremestieri E., San Giovanni La Punta, Valverde, Viagrande, Trecastagni, Pedara, Nicolosi, Camporotondo, San Pietro Clarenza, Sant'Agata Li Battiati, disabili gravi (ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge n.104/92), possono presentare istanza per la predisposizione di un progetto personalizzato per **gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani.**

**Sono individuati come destinatari degli interventi:**

- a) Persone con disabilità grave, mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- b) Persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età, ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- c) Persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

L'istanza, che dovrà essere presentata entro **il 30 Novembre 2022, al Comune di residenza del soggetto disabile.** Il modello di istanza può essere ritirato presso i servizi sociali dei Comuni di residenza del disabile o scaricato dal sito del Comune di residenza.

L'istanza dovrà essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, da presentare in busta chiusa;
- 3) Nei casi di persone disabili rappresentati da terzi, copia del provvedimento di nomina.

Successivamente, alla presentazione della istanza, il Servizio sociale professionale del Comune di residenza insieme all'UVD del distretto sanitario di Gravina di CT, provvederà alla valutazione multidimensionale e alla redazione del piano personalizzato con l'individuazione degli ambiti di intervento.

Considerato che due soggetti hanno rinunciato all'avvio delle attività, gli ammessi al piano saranno limitati alle risorse residue disponibili. L'ammissione è comunque sempre subordinata al parere di congruità che dovrà essere emesso dall'Assessorato alla Famiglia ed alle Politiche Sociali

F.TO Il Resp UAS  
dott.ssa G. Scalia

F.TO Il Sindaco del Comune Capofila  
Avv. M. Giammusso



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA**

095/7199521 - distrettosociosanitario19@gmail.com- PEC:ufficiopiano1328.comunegravinact@legalmail.it

OGGETTO: FONDO DOPO DI NOI finanziamento 2016-2017 - Richiesta per la predisposizione di un progetto personalizzato per **gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani** .

**AI DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19**

**Comune di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto/la sottoscritta \_\_\_\_\_

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, dichiara di essere:

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

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

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

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

In qualità di beneficiario /persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL**

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

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

**la predisposizione un progetto personalizzato per gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani.**

**A TAL FINE DICHIARA**

## ALLEGATO SUB B

- Che il beneficiario è disabile grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104, (da allegare all'istanza in busta chiusa);

di essere (da sbarrare):

persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario;

persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016.

Il richiedente ha preso visione dell'avviso ed è consapevole che, trattandosi di riapertura termini verranno ammessi soltanto due utenti. La predisposizione del Piano personalizzato da redigere con la famiglia sul modello della Regione Siciliana è di competenza del Servizio sociale professionale del Comune di residenza e dell'UVM/UVD. L'UVM/UVD compilerà anche la SVAMDI.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_