



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA

095/7447121 - distrettosociosanitario19@gmail.com- PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

Avviso pubblico

per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare “Dopo di noi”

SI RENDE NOTO

Che al fine di individuare i beneficiari del “**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 2 Agosto 2019, al Comune Capofila di Gravina di CT, presso l'ufficio protocollo ubicato in viale Marconi n. 6, OPPURE a mezzo PEC all'indirizzo ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it.** Il modello di istanza può essere ritirato presso i servizi sociali dei Comuni di residenza del disabile, presso il Distretto Socio Sanitario 19 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 delle istanze, 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.

Il numero ed il tipo dei progetti finanziabili è subordinato all'approvazione del progetto ed al finanziamento dello stesso da parte della Regione Sicilia - Assessorato alla Famiglia ed alle Politiche Sociali.

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

Il Resp UAS
dott.ssa G. Scalia

Il Sindaco del Comune Capofila
Avv. M. Giammusso



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
095/7447121 - distrettosociosanitario19@gmail.com- PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

OGGETTO: FONDO DOPO DI NOI - 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

di GRAVINA DI CT

Viale Marconi n. 6

GRAVINA DI CT

PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

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

- 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.

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
