

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 36

Comuni: Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefalà Diana, Ciminna, Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia e Villafrati – Distretto Sanitario Misilmeri-ASP Palermo

AVVISO PUBBLICO

Decreto Assessoriale n. 2727 del 16/10/2017, pubblicato sulla GURS – Parte I, n.49 del 10/11/2017 (DRS n.2857 del 28/12/2022)

Si porta a conoscenza della cittadinanza che il Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali ha invitato i Distretti Socio – Sanitari Siciliani a definire i piani distrettuali “Dopo di Noi”, L.112/16, in favore di **giovani adulti disabili gravi con carente supporto familiare o con genitori anziani**. Vengono pertanto aperti i termini di presentazione delle richieste che potranno pervenire presso l'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza entro il termine perentorio del **17/04/2023**, utilizzando l'apposito modello allegato.

DESTINATARI DELL'INTERVENTO:

Giovani disabili adulti in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3 c 3 L.104/92.

PROGETTI CHE VERRANNO FINANZIATI:

Percorsi programmati di accompagnamento all'autonomia attraverso interventi domiciliari ed extradomiciliari finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare, mediante il supporto di Educatori Professionali.

L'erogazione ai beneficiari dell'intervento è subordinata ad una **Valutazione Multidimensionale**, che determina l'accesso al beneficio, pertanto verrà predisposto un elenco che terrà conto dei seguenti elementi:

1. limitazione dell'autonomia;
2. sostegno della famiglia;
3. condizione abitativa ed ambientale;
4. condizioni economiche.

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- certificazione di disabilità grave (L.104/92 art. 3 comma 3);
- autocertificazione sulla composizione familiare;
- D.S.U. e certificazione ISEE, in corso di validità.

Il Presidente del Comitato di Indirizzo del Distretto SS 36



Firmato dal Sindaco Dott. ROSARIO RIZZO

Firmato il 06/04/2023 10:19

Seriale Certificato: 862213800545935038

Valido dal 28/10/2020 al 28/10/2023

ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt _____ nella qualità di
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa
o non rispondente al vero, ai sensi del D.P.R 28/12/200 n. 445, dichiara di essere:

nat ___ a _____ il _____
di _____ essere residente a _____ in via _____
n. _____
codice fiscale _____ Tel. _____
cell _____ e mail _____

CHIEDE

di poter accedere ai benefici di cui al Decreto Assessoriale n. 2727 emesso in data 16/10/2017
dall'Ass.to Reg.le della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro come di seguito riportati:

- Percorsi programmati di accompagnamento all'autonomia attraverso interventi domiciliari ed extradomiciliari finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare, mediante il supporto di Educatori Professionali.

In favore di _____ nato a
il _____ residente a
in via _____ n. _____ disabile grave maggiorenne in possesso
della certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3, L.104/92.

A tal fine si allega all'istanza:

- certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;
- copia della carta di identità e del codice fiscale del disabile grave che beneficerà dell'intervento e del richiedente;
- dichiarazione DSU e certificazione ISEE in corso di validità;

Data _____

Il Richiedente