



DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

U.O.C. - HANDICAP, RIABILITAZIONE TERRITORIALE ED ASSISTENZA PROTESICA

**AVVISO PUBBLICO**

PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE DI ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 IN APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II., DEL D.P.R.S. 31 AGOSTO 2018 N.589 E DELLA CIRCOLARE INTERASSESSORIALE N.5 DEL 22/06/2021 DELL'ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE E DELL'ASSESSORATO REGIONALE DELLA FAMIGLIA E DELLE POLITICHE SOCIALI.

Si informa che ai sensi della Circolare Interassessoriale n.5 del 22/06/2021 dell'Assessorato Regionale della Salute e dell'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali e di quanto disposto dall'art.45 della Legge di Stabilità Regionale 2021/2023 è fissata l'apertura dei termini per la presentazione delle domande per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26/09/2016 dal 01 Gennaio al 30 giugno e dal 01 luglio al 31 dicembre di ogni anno.

L'istanza di accesso al beneficio economico dovrà presentarsi al PUA - ASP Catania competente per territorio di residenza, "o nel corso del primo semestre (1 gennaio - 30 giugno) o nel corso del secondo semestre (1 luglio - 31 dicembre)".

STANTE L'ATTUALE EMERGENZA COVID - 19 SI COMUNICA CHE L'ACCETTAZIONE DELLE DOMANDE PRESSO I P.U.A. ASP CATANIA AVVERRA' ESCLUSIVAMENTE VIA MAIL CON L'UTILIZZO DEGLI SPECIFICI INDIRIZZI DI POSTA ELETTRONICA DI CUI ALL'ALLEGATO ELENCO.

L'accesso al beneficio economico è subordinato alla verifica e valutazione di ogni singola istanza da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dell'ASP Catania che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del D.M. 26/09/2016 relativamente al primo semestre entro il 30 settembre dell'anno in corso e relativamente al secondo semestre entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Per i soggetti nei confronti dei quali sarà riconosciuto lo *status di disabile gravissimo* ai sensi dell'art.3 del D.M.26/09/2016, la percezione del beneficio economico, previa sottoscrizione del Patto di Cura da parte del beneficiario o del rappresentante legale, decorre:

- relativamente alle istanze presentate nel primo semestre dell'anno dal 01 ottobre;
- relativamente alle istanze presentate nel secondo semestre dell'anno dal 01 aprile dell'anno successivo.

Per coloro i quali la procedura di verifica e valutazione non dovesse concludersi entro i termini stabiliti, il beneficio economico sarà erogato solo dopo la conclusione del procedimento di valutazione con riconoscimento, in esito positivo della stessa, delle somme da calcolarsi a far data dal 01 ottobre dell'anno in corso per le domande presentate entro il primo semestre e dal 01 aprile dell'anno successivo per le domande presentate nel secondo semestre dell'anno, fatta salva l'indispensabile sottoscrizione del Patto di Cura.

L'istanza dovrà essere effettuata compilando esclusivamente l'apposito modulo allegato al presente Avviso di cui alla Circolare Assessoriale n.21 del 03 dicembre 2018 dell'Assessorato Regionale della

U.O.C. HANDICAP, RIABILITAZIONE  
TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA  
IL DIRETTORE  
(Dott. Gaetano Santoro)

AI PUA / Distretto Socio Sanitario di \_\_\_\_\_

OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ARTICOLO 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.R.S. 31 AGOSTO 2018, N. 589.

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
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 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere  
nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario / familiare delegato o di rappresentante legale  
(Specificare il titolo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOGGETTO BENEFICIARIO**

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario).

Signor/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.



## A TAL FINE DICHIARA

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
2. che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale;
3. di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, home care premium e contributi economici);
4.  **DI NON AVERE** già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;

**DI AVERE** già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo:

### solo in quest'ultimo caso:

- di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "Contenente dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta nei tempi previsti dalla normativa vigente in materia di disabilità gravissima;

### Allega alla presente:

- Fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

### Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art.3, comma 3;
- Copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- Certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza e che sia stata valutata negativamente).

Il Sig. Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del DGPR 2016/679.

IL RICHIEDENTE



## DISABILITA' GRAVISSIMA

STANTE L'ATTUALE EMERGENZA COVID – 19 SI COMUNICA CHE L'ACCETTAZIONE DELLE DOMANDE PRESSO I P.U.A. ASP CATANIA DOVRA' AVVENIRE ESCLUSIVAMENTE VIA MAIL CON L'UTILIZZO DEGLI SPECIFICI INDIRIZZI DI POSTA ELETTRONICA DI SEGUITO ELENCATI:

- disabiligravissimi.acireale@aspct.it - per i residenti nel Distretto Sanitario di ACIREALE Tel. 095/7677325 – 095/7677327
- disabiligravissimi.adrano@aspct.it – per i residenti nel Distretto Sanitario di ADRANO Tel. 095/7716361 – 095/7716371
- disabiligravissimi.bronte@aspct.it – per i residenti nel Distretto Sanitario di BRONTE Tel. 095/7746411 – 095/7746413 – 095/7746415
- disabiligravissimi.caltagirone@aspct.it – per i residenti nel Distretto Sanitario di CALTAGIRONE Tel. 0933/353058 . 0933/353089
- disabiligravissimi.ptasgiorgio@aspct.it – per i residenti in MISTERBIANCO E MOTTA S. ANASTASIA Tel. 095/09389766
- disabiligravissimi.catania@aspct.it – per i residenti nella CITTA' DI CATANIA Tel. 095/8250148
- disabiligravissimi.giarre@aspct.it – per i residenti nel Distretto Sanitario di GIARRE Tel. 095/7782256
- disabiligravissimi.gravinadicatania@aspct.it – per i residenti nel Distretto Sanitario di GRAVINA DI CATANIA Tel. 095/7502659 – 095/7502684
- disabiligravissimi.palagonia@aspct.it – per i residenti nel Distretto Sanitario di PALAGONIA Tel. 095/7943825
- disabiligravissimi.paterno@aspct.it – per i residenti nel Distretto Sanitario di PATERNO' Tel. 095/7975143 – 095/7975027

U.O.C. HANDICAP, RIABILITAZIONE  
TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA  
IL DIRETTORE  
(Dott. Gaetano Saffaro)