

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 36**  
**Comuni: Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefala Diana, Ciminna,**  
**Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia e Villafrati - Distretto**  
**Sanitario Misilmeri-ASP Palermo**

**AVVISO PUBBLICO**  
**PER L'EROGAZIONE DEL BENEFICIO AI SOGGETTI DISABILI**  
**(Azione n. 2 del Piano di Zona 2019/2020- L. 328/2000)**

Si porta a conoscenza della cittadinanza che, così come condiviso dal Comitato dei Sindaci del Distretto Socio Sanitario 36, riunitosi in data 20/04/2023, vengono aperti i termini di presentazione delle istanze per l'erogazione di un beneficio economico in favore di soggetti disabili gravi (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92), secondo quanto previsto dall'Azione n. 2 del Piano di Zona 2019/2020, il cui importo ammonta ad € 45.075,50.

Si precisa che *il beneficio verrà erogato a titolo di rimborso spese sostenute* per servizi socio assistenziali. Le istanze dovranno pervenire presso l'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza entro il termine perentorio del 15/06/2023, utilizzando l'apposito modello allegato.

**POSSONO PRESENTARE ISTANZA**

I genitori e/o amministratori di sostegno di soggetti disabili gravi, in possesso della certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario 36.

**ATTMTA' RICONOSCIUTE CON IL BENEFICIO ECONOMICO:**

accudimento fisico mediante operatore OSA/OSS ( è necessario presentare copia contratto di lavoro o ricevute rilasciate da Ente del Terzo Settore per il Servizio acquistato);  
spese trasporto Casa/ Centri di Riabilitazione(Rimborso come da regolamento su attestazioni di frequenza);  
educatore professionale a domicilio ( ricevute rilasciate da Ente del Terzo Settore);  
frequenza Centri Socio Educativi Assistenziali ( gestiti da Enti del Terzo Settore iscritti al R.U.N.T.S., di cui al D.Lgs. 117/2017);  
trattamento cognitivo comportamentale ( fatture o ricevute fiscali per il regime forfettario);  
ippoterapia;  
attività sportiva (non riabilitativa).

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 36;  
essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 L.104/92;  
essere in possesso della certificazione ISEE, in corso di validità. Nel caso di reddito ISEE superiore ad € 25.000,00 il beneficio verrà decurtato del 30%;  
non avere avuto accesso a rimborsi per le attività sopradescritte concesse da altre fonti di finanziamento ( es. disabilita grave, rimborsi INPS, Home Care Premium ecc..).

**CRITERI DI RIPARTIZIONE**

rispetto al tetto massimo di spesa per utente € 1.000,00;  
assegnazione del contributo in base alla somma rendicontata dal richiedente;  
decurtazione proporzionale del contributo nel caso in cui la somma di € 45.075,50 sia insufficiente a soddisfare tutte le richieste pervenute ai Comuni del Distretto SS 36.

**ALLEGARE ALL'ISTANZA**

certificazione sanitaria, ai sensi art.3 comma 3 della legge 104/92;  
certificazione ISEE in corso di validità;  
copia della carta di identità e del codice fiscale del dichiarante;  
copia della carta di identità e del codice fiscale del disabile grave che beneficerà del contributo;  
copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno ( nel caso di adulti disabili gravi);  
ricevute delle spese effettuate durante l'annualità 2022/2023.

**Il Presidente del Comitato dei Sindaci**  
**Dott. Rosario Rizzolo**

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 \_\_\_\_\_  
Codice Iban \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter accedere al beneficio economico di cui all'Azione n. 2 del Piano di Zona 2019/2020- L. 328/200 a titolo  
di rimborso delle spese sostenute per servizi socio assistenziali già usufruiti dal soggetto disabile grave,  
nell'annualità 2022.

In favore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
disabile grave 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  
copia della carta di identità e del codice fiscale del richiedente;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno (nel caso di disabili adulti);
- ricevute delle spese effettuate durante l'annualità 2022, come da Avviso.

Data \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**

\_\_\_\_\_