

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 28

Barcellona Pozzo di Gotto (Capofila) – Basicò – Castoreale – Falcone
Fondachelli Fantina – Furnari – Mazzarrà S.A. – Meri – Montalbano Elicona
Novara di Sicilia – Rodi Milici – Terme Vigliatore – Tripi



COMUNE DI TERME VIGLIATORE

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

Visti:

- il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 20.03.2013
- il D. A. n. 1503 del 17.10.2013
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 273 del 30.07.2013
- le Linee Guida emanate dal competente Assessorato regionale prot. n.1414 del 17/01/2014 per la presentazione di progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima;

SI RENDE NOTO

Che verranno attuati interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di una assistenza H24 e non usufruiscono di altra assistenza domiciliare.

Per disabili gravissimi si intendono:

Soggetti in condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico - degenerative non reversibili, ivi incluse quelle a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi etc... che necessitano di assistenza continua, con grave rischio della loro incolumità vitale.

Le famiglie residenti nel territorio distrettuale interessate potranno presentare apposita istanza al Comune di residenza **entro e non oltre il 12 marzo 2014**

L'istanza è funzionale alla redazione da parte del Distretto Socio Sanitario 28 in collaborazione con l'ASP di progetti assistenziali personalizzati della durata di almeno 12 mesi.

Il modulo di domanda può essere ritirato presso l'Ufficio Servizi Sociali o scaricato dal sito istituzionale del proprio Comune.

L'istanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
2. Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente e dell'assistito
3. Certificazione attestante la condizione di disabilità gravissima

Il Sindaco

Il Presidente del Comitato dei Sindaci

Dr. Bartolo Cipriano

Dr. Felice Borghese

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 28

Barcellona Pozzo di Gotto (Capofila) – Basicò – Castoreale – Falcone
Fondachelli Fantina – Furnari – Mazzarrà S.A. – Merì – Montalbano Elicona
Novara di Sicilia – Rodì Milici – Terme Vigliatore – Tripi



COMUNE DI TERME VIGLIATORE

**Al Signor Sindaco
Comune di Terme Vigliatore**

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____,
Tel. _____

nella qualità di:

- richiedente
- familiare (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile) _____

del/la Sig./ra _____, nato/a a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____,
Tel. _____

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

CHIEDE

l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

DICHIARA

1. non usufruisce di altra assistenza domiciliare
2. ha richiesto non ha richiesto il Buono Socio Sanitario

Allega alla presente istanza:

- 1 Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2 Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- 3 Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente e dell'assistito .

_____, Li _____

FIRMA _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 196 /2003 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

AI SENSI DEL D. LGS N° 196/2003, ED IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO E CHE FORMERANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO, LA INFORMIAMO CHE : - IL TRATTAMENTO È INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N°196/2003, IL/LA SOTTOSCRITTO/A ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IVI COMPRESI QUELLI SENSIBILI.

DATA _____

FIRMA _____