



# CITTÀ DI CUSTONACI

PROVINCIA DI TRAPANI  
CF 80002670810

UFFICIO SERVIZI PER LE POLITICHE SOCIALI

[protocollo@pec.comunecustonaci.it](mailto:protocollo@pec.comunecustonaci.it)

## AVVISO

Si informa che, come da nota dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro Prot. n. 36333 del 31.10.2019, trasmessa alle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Sicilia, a far data dal 01.11.2019 e fino al 31.12.2019 sono riaperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per le persone con **disabilità gravissima** di cui all'art. 3 del D.M. del 26.09.2016.

Le istanze, formulate sulla modulistica che si allega, possono essere scaricate dal sito istituzionale del comune [www.comunecustonaci.it](http://www.comunecustonaci.it) e presentate presso i PUA dell' ASP di Trapani competenti per territorio di residenza o presso il Distretto Socio-Sanitario competente per territorio.

*Custonaci, 7 novembre 2019*

IL RESPONSABILE  
AVV. PLACIDO LEONE

Firma autografa e sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs.39/93

Allegato 1

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

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 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.RS. 31 AGOSTO 2018, N° 589**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'ASP 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 CHE

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'art. 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 autocertificazione ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo al titolo di esempio, homecare 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 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 prima del 1 dicembre 2019

#### 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 che sia stata negativamente).

*Il/la 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 della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679.*

IL RICHIEDENTE