



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Distretto di Partinico n°41
DIREZIONE di DISTRETTO

Email: direzionedis41@asppalermo.org
Tel: 0918919229

Piazza Verdi, 27
CAP 90047 - PARTINICO (PA)

Prot. 16216 /DD

data

19 NOV 2020

**Agli Uffici dei Servizi Sociali
Dei Comuni del
Distretto Socio-sanitario n. 41**

Oggetto: Comunicazione riapertura termini istanze Disabili Gravissimi

In riferimento alla nota n. 12266/U del 12/11/2020 da parte dell'UOC Integrazione Socio-Sanitaria/ UOS Coordinamento Attività Socio-sanitarie L. N. 328/00 dell'ASP di Palermo, si comunica che sono stati *riaperti i termini per la presentazione delle istanze per i Disabili Gravissimi*, di cui sia allegata copia della nota e copia del modello di istanza.

Si precisa che le istanze dovranno pervenire, in via diretta, solo ed esclusivamente presso l'Ufficio PUA del DSS di Largo Casa Santa in Partinico. Le istanze non pervenute presso questo ufficio non potranno essere accettate.

Per qualunque informazione si possono contattare gli operatori del PUA al 0917034740.

Direttore di Distretto n. 41
Dott.ssa M. Silvana Muscarella



ASP
PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento della Programmazione e della
Organizzazione delle Attività Territoriali e
dell'Integrazione Socio-Sanitaria

U.O.C Integrazione Socio-Sanitaria
U.O.S Coordinamento Attività Socio Sanitarie
L.N.328/00

Via Pindemonte, 88 - 90129 - Palermo
Telefono - 091 7033242 - Fax - 091 7033238
E-MAIL- adidip@asppalermo.org
E-Mail- edc328@asppalermo.org
WEB - www.asppalermo.org

Data: 12/11/2020

Prot. 12266/0

Ai Direttori di Distretto 33-42/PTA
Ai Responsabili UOS Socio Sanitarie
Distretti 33-42/PTA
Al Responsabile dell'U.R.P.
Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
Loro Sedi

e p.c

Oggetto: Riapertura dei termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'Art.3 del D.M.26.09.2016.

Al fine di adottare comportamenti uniformi a livello aziendale, facendo seguito alla nota dell'Assessorato Famiglia Prot.n°36333 del 31/10/2019 che per completezza si allega, tenendo conto della disposizione assessoriale approvata con D.A.126/GAB del 13/11/2018 che si allega per pronta lettura e nei limiti dei fondi che ci saranno attribuiti dall'Assessorato Famiglia,

si comunica la riapertura dei termini dall'1 novembre al 31 dicembre di ogni anno, per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.

Si trasmette in allegato la Circolare dell'Assessorato Salute n°21 del 03/12/2018 pubblicata sul sito dello stesso Assessorato, per ogni adempimento consequenziale.

Si allega altresì, al fine di dare uniforme informazione, l'elenco delle sedi ove possano presentarsi le istanze di coloro che richiedono i benefici economici della disabilità gravissima.

Contestualmente, si invita l'URP a pubblicare sul sito ASP sia la Circolare con l'allegato modulo di istanza sia l'elenco delle Sedi.

Si chiede agli addetti alla ricezione delle istanze (PUA) di controllarne la corretta compilazione, relativamente ai dati anagrafici compresi i recapiti e CAP.

Il Responsabile UOS Coordinamento
Attività Socio Sanitarie
(Dott. Salvatore Vitale)

Il Direttore del Dipartimento della Programmazione
e dell'Organizzazione delle Attività Territoriali e
dell'Integrazione Socio-Sanitaria
(Dott. Francesco Cerrito)

Allegato 1

ATAI FINE RICHIARA
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'ARTICOLO 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MMLII. E DEL D.P.RS. 31 AGOSTO 2018, N. 589.

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritt _____
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 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 _____ di essere residente a _____ il _____ 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'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.