



COMUNE DI AGRIGENTO
Settore I° - Affari Generali e Servizi Sociali

*"la nostra civiltà
contro
il pizzo e l'usura"*

Determinazione del Dirigente n. 517 del 00 MAR 2016

OGGETTO: Refuso D.D. n. 388 del 26/2/2015. Errata corrige schema di istanza per l'accesso agli interventi in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima

Il Dirigente del Settore I

Richiamata la propria determinazione n. 388 del 26/2/2016, avente ad oggetto "R.N.A. 2015 Avviso per l'accesso agli interventi in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima;

Vista la nota dell'Associazione Amici onlus di Agrigento, in cui con riferimento alla determinazione sopra indicata, chiede di provvedere alla rettifica o alla revoca del provvedimento in questione, in quanto nell'atto è previsto che non saranno prese in considerazione le istanze pervenute oltre il termine perentorio di scadenza o che non presenteranno tutta la prescritta documentazione indicata nel modello di istanza;

considerato che nel modello di istanza, allegato "B", alla determinazione dirigenziale di che trattasi, si richiede, tra l'altro, la produzione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE in corso di validità);

atteso che a seguito di verifica è stato accertato un errore materiale nello schema di istanza, in cui per mero refuso informatico è stato inserito "di non usufruitori di altra assistenza domiciliare", mentre tra gli allegati è prevista la produzione di "Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE in corso di validità)";

considerato che le linee guida emanate dalla Regione siciliana, prot. 3246 del 4/2/2016, non prevedono espressamente tali requisiti ai fini dell'accesso del servizio in argomento;

per le superiori motivazioni

Determina

Di dare atto dell'errore materiale contenuto nel modello di istanza, allegato B alla determinazione dirigenziale n. 388 del 26/2/2016, avente ad oggetto "R.N.A. Avviso per l'accesso agli interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima";

Di provvedere, conseguentemente, per le motivazioni indicate in narrativa, alla modifica, per errata corrige, dello schema di istanza, che viene pubblicato nel testo allegato "B" al presente provvedimento

Dare atto che tutte le istanze ad oggi presentate mantengono la loro efficacia e che la mancata produzione dell'indicatore ISEE non determinerà l'esclusione dal beneficio.

Confermare quanto altro contenuto nella determinazione dirigenziale n. 388/2016.

Di trasmettere il presente provvedimento, unitamente all'allegato "B", ai referenti dei Comuni dell'Anbitto distrettuale, per le attività di competenza, pubblicazione o diffusione.

Il Dirigente/Coordinatore del Distretto
D.ssa F. Inglima Modica

Si attesta la correttezza e la regolarità dell'azione amministrativa, ai sensi dell'art. 147 del d.lgs. 267/2000, nonché dell'istruttoria del presente provvedimento, con particolare riferimento alla sussistenza di tutti i presupposti di fatto e le ragioni giuridiche necessarie all'emanazione, dando atto che i documenti istruttori sono depositati presso la segreteria del Distretto socio sanitario D1.

Il Dirigente/Coordinatore del Distretto
D.ssa F. Inglima Modica

Settore IV - Servizi finanziari

Visto e condiviso il contenuto dell'istruttoria, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità contabile del provvedimento che precede ai sensi e per gli effetti dell'art. 49 del decreto legislativo n. 267/2000 e dell'art. 1, comma 1, lett. i, della legge regionale n. 48/1991, come integrato dall'art. 12 della legge regionale n. 30/2000, nonché l'assenza di condizioni che possano determinare lo squilibrio nella gestione delle risorse.

Ai sensi dell'art. 184, 4 comma, del decreto legislativo n. 267/2000 sono stati effettuati i controlli ed i riscontri amministrativi, contabili e fiscali sul presente atto di liquidazione.

Registrazione contabile imp. n. _____ del _____ cap _____ e _____

Il _____

Il Dirigente del Settore IV
(Giovanni Mantione)

(Da presentare entro il 21/03/2016)

Allegato "B"

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI

Al sig. Sindaco del Comune di _____

Ufficio Servizi sociali
Per tramite del servizio Protocollo Generale

Oggetto: Richiesta accesso agli interventi a favore di persone in condizioni di
disabilità gravissima, F.N.A 2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ e residente _____ in
via/piazza _____ n° _____ telefono _____
cellulare _____ codice fiscale _____

Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre
2000 n. 445 per falsità e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

Ai fini della concessione del beneficio in favore delle persone in condizione di
disabilità gravissima previsto D.A n. 3779 del 29/12/2015.

- o Di essere in possesso dei requisiti necessari per l'accesso agli interventi
a favore di persone in condizioni di disabilità gravissime, afferenti le
risorse finanziarie del F.N.A 2015.
- o Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e
convivente per vincolo di parentela il/la sig./sig.ra _____

_____ nato/a il _____

Codice fiscale _____

Disabile gravissimo in condizione di totale non autosufficienza che
necessita di prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale H 24 a
domicilio in relazione alle condizioni vissute di non autonomia.

CHIEDE

La concessione del beneficio concernente gli interventi, afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2015 giusto D.A. D.A n. 3779 del 29/12/2015 dell'Assessorato Regionale della famiglia delle politiche sociali e del lavoro Dipartimento Regionale della famiglia e delle politiche sociali servizio 5° Anziani - disabilità - tossicodipendenza, attuativo della deliberazione di Giunta Regionale n.386 del 22/12/2014, a favore delle persone in condizioni di disabilità in condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 co.1 del D.M del D.M del 14 Maggio 2015)

- Si attesta che la persona disabile per la quale si richiede il beneficio:

usufruisce

non usufruisce

Di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980);

- Che il Dott. _____

del Servizio di Medicina Generale dell'ASP è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

Composizione nucleo Familiare

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Nato a	Data di nascita	convivente	
					si	no
1						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Agrigento li _____

Firma _____

Allegato all' istanza del sig.

- Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile del 100% con accompagnamento o in alternativa certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3° della L. 104/92.
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido della persona disabile per la quale si richiede l'intervento.

Per la situazione di gravità recente, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni si richiede:

- Certificato medico di medicina generale attestante la disabilità gravissima, con la copia dell'istanza di riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art. 3 comma 3° della L. 104/92.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- ✓ Di essere consapevole della decadenza del beneficio per le dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- ✓ Di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento, che lo stesso presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale è concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario;
- ✓ Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute;
- ✓ Di essere a conoscenza che l'istanza può essere sottoposta ad accertamenti fiscali anche tramite l'ausilio della Guardia di Finanza;
- ✓ Inoltre, autorizza il Distretto Socio Sanitario DI, al trattamento dei dati personali in conformità a quanto previsto dal D.Lgs.193/2003, che verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza;

Data

Firma

(allega valido documento di identità.....rilasciato da.....il.....)