

ALLEGATO A



COMUNE DI SCIACCA
Libero Consorzio Comunale di Agrigento
Capofila Distretto Socio-Sanitario n. 7
3° Settore – Sezione Servizi Sociali

Comuni afferenti al Distretto Socio-Sanitario n. 7
Santa Margherita di Belice – Menfi – Sambuca di Sicilia – Sciacca – Caltabellotta – Montevago

AVVISO PUBBLICO
ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO
MINORENNI CHE NECESSITANO DI SOSTEGNO INTENSIVO
F.N.A. STATO – ANNO 2019 – D.R.S. n. 2680 del 09/10/2024

SCADENZA: 15 DICEMBRE 2025 _ ORE 12:00

Codice Unico di Progetto (CUP): E61H25000110001

VISTO

- Il D.P.R.S. n. 589 del 31/08/2018, che disciplina le modalità e i criteri di erogazione degli interventi in favore dei minorenni con bisogni di sostegno intensivo, in particolare l'art. 3, comma 4, lett. b) e comma 6, per l'individuazione di forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali;
- Il D.R.S. n. 2680 del 09/10/2024, con il quale, sulla base del censimento numerico dei minorenni riferito all'anno 2020, l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro – Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali ha suddiviso tra i Distretti Socio-Sanitari dell'isola il Fondo per la Non Autosufficienza (F.N.A. - STATO) annualità 2019, assegnando a questo Distretto Socio-Sanitario n. 7 l'importo complessivo di **€ 153.892,05** per l'adozione dei piani personalizzati di intervento socio-assistenziale in favore di soggetti **minorenni con disabilità grave** (certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992) ;

CONSIDERATO CHE:

- L'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, nei limiti delle risorse disponibili, è subordinato all'accertamento dei requisiti da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) dell'A.S.P. n. 1 di Agrigento, che elabora il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), e alla sottoscrizione del relativo Patto di Servizio.
- Il Patto di Servizio si conforma a quanto previsto dal programma attuativo del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, che individua forme di assistenza diretta e indiretta, secondo la libera scelta del soggetto, ai sensi delle disposizioni contenute nel comma 3 dell'art. 9 della L.R. del 9 maggio 2017 n. 8.

MODALITÀ DI GESTIONE DEI SERVIZI DOMICILIARI EROGATI

1. Assistenza diretta:

- Il servizio è fornito direttamente dal Comune, che si avvale degli enti non profit accreditati in ambito distrettuale per la fornitura di servizi socio-assistenziali domiciliari.
- A ciascun soggetto ammesso sarà assegnato un **“titolo di spesa”**, il cui valore nominale potrà essere speso, per libera scelta, presso uno degli enti accreditati.

2. Assistenza indiretta:

- Il soggetto assegnatario del titolo di spesa, potrà scegliere un **operatore qualificato**, con il quale stipulerà un accordo/contratto nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali (lavoro dipendente o prestazione professionale), anticipandone tutte le spese.
- Il rimborso avverrà su richiesta indirizzata al Distretto SS7, allegando idonea documentazione giustificativa della **spesa**;

NOTA INFORMATIVA:

I **servizi domiciliari** saranno erogati da operatori qualificati, quali Operatori Socio-Assistenziali (OSA), Operatori Socio-Sanitari (OSS) , educatori / assistenti alla comunicazione in relazione alla tipologia di intervento previsto.

Il valore nominale del titolo di spesa sarà determinato in funzione del numero complessivo dei soggetti ammessi al beneficio e delle risorse economiche disponibili.

Il titolo di spesa potrà essere utilizzato esclusivamente per la fruizione dei servizi domiciliari previsti dal presente avviso.

SI RENDE NOTO

Nel Distretto Socio-Sanitario n. 7 gli interessati possono presentare richiesta di attivazione del **Patto di Servizio** al **Comune di residenza della persona minorenne che necessita di sostegno intensivo**.

Il **modello di domanda è allegato al presente avviso** e deve essere compilato e consegnato insieme alla documentazione in esso richiesta.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA (PENA NON AMMISSIBILITÀ):

- Copia (fronte/retro) del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente (legale rappresentante del minorenne che necessita di sostegno intensivo: genitore, amministratore di sostegno, tutore legale);
- Copia della **certificazione (con diagnosi) non omissis**, rilasciata ai sensi della **Legge 104/1992, art. 3, comma 3, (inserire in busta chiusa)**;

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE:

La domanda potrà essere presentata **alternativamente** con una delle seguenti modalità:

- Consegnà (brevi manu) presso l’Ufficio Protocollo del Comune di residenza della persona che necessita del sostegno intensivo,
- Trasmissione tramite PEC all’indirizzo di posta elettronica certificata o a mezzo raccomandata A/R al Comune di residenza della persona che necessita del sostegno intensivo;

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Il Comune declina ogni responsabilità per il mancato o tardivo recapito delle domande, per disguidi postali o telematici, o per qualsiasi altra causa non imputabile direttamente all'Amministrazione.

TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA: ORE 12:00 DEL 15/12/2025

Decorso il termine di presentazione delle domande, **ogni Comune del Distretto Socio-Sanitario n. 7** provvederà, in **autonoma sede istruttoria**, alla verifica della documentazione presentata e alla **redazione dell'elenco dei beneficiari ammessi** al contributo, secondo i criteri stabiliti dal presente avviso.

Per ulteriori informazioni: tel. **0925 20705** o email: **servizioassistenza@comunedisciacca.it**

**Il Dirigente del 3° Settore
Dott. Venerando Rapisardi**

ALLEGATO B

MODELLO DI DOMANDA (SCADENZA ORE 12:00 DEL 15/12/2025)

Al Comune di _____

OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO PER MINORENNI CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO – (F.N.A. STATO – ANNO 2019) _ D.R.S. N. 2680 DEL 09/10/2024

Dati del richiedente (persona che presenta la domanda)

- Cognome e Nome : _____
- Nato/a a: _____ il _____
- Residente in: _____
- Via/Piazza: _____ n. _____
- Codice Fiscale: _____
- Telefono: _____
- Email: _____

In qualità di:

- Genitore
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno

Dati del minorenne che necessita di sostegno intensivo

- Cognome e Nome: _____
- Nato/a a: _____ il _____
- Residente in: _____
- Via/Piazza: _____ n. _____
- Codice Fiscale: _____

Oggetto della richiesta

Si richiede l'attivazione del **Patto di Servizio** in favore del minore sopra indicato, che **necessita di sostegno intensivo**, al fine di fruire di interventi socio-assistenziali domiciliari e/o assistenza indiretta, secondo quanto previsto dal **Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (F.N.A. STATO – anno 2019)** e dal **D.R.S. n. 2680 del 09/10/2024**.

Documentazione allegata (pena non ammissibilità)

1. Copia fronte/retro del documento di identità del richiedente;
2. Copia del codice fiscale del richiedente;
3. Copia della **certificazione (con diagnosi) non omissis**, rilasciata ai sensi della **Legge 104/1992, art. 3, comma 3, da inserire in busta chiusa**;
4. **Se il richiedente è Tutore legale o Amministratore di sostegno:**
 - Copia del **provvedimento del Giudice** attestante la nomina e i relativi poteri;
 - Eventuale documentazione aggiuntiva richiesta dal Comune (ad esempio, nomina aggiornata o decreto di conferma).

Dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico e dello schema di Patto di Servizio :
- Di essere consapevole che l'accesso alle prestazioni è subordinato alla verifica dei requisiti richiesti;
- Che, il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (barrare la casella interessata):
 - () non usufruisce di altri servizi;
 - () usufruisce dei seguenti servizi di assistenza pubblica erogati da:

-
- Di impegnarsi alla sottoscrizione del patto di servizio, di cui all'art. 3 comma 4 let. b) del D.P.R. n. 589/2018.
 - Autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Luogo e data: _____

Firma del richiedente

FONDO PER LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA _ F.N.A. STATO ANNO 2019 _ D.R.S. n. 2681 del
09.10.2024
(MAGGIORONNI)

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 detta L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente al Distretto socio-
sanitario di _____

() per se stesso

() in qualità di _____

del/la sig./ra _____ (nome dell'assistito incapace/ interdetto/ inabile)

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della L. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. _____ del 2018, esecutivo dell'articolo 9 della L.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 dei D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.;

DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici c/o servizi:

.....
.....
.....
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario":

-INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui;
-SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui.

3. di accettare i seguenti servizi:

.....
.....
.....
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

-il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile;

6. nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

Luogo e data

Firma