

## **CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA**



**PATERNÒ**



**BELPASSO**



**RAGALNA**



**ASP - CATANIA**

### ***DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18***

#### **AVVISO PUBBLICO**

**Ai sensi del D.P. 589 del 31/08/2018**

#### **Disabili Gravi non autosufficienti ai sensi dell'art.3 comma 3 L.104/92**

**Vista** la L.R. n. 8 del 09/05/2017 ed in particolare l'art. 9 comma l' " Istituzione del Fondo Regionale per la disabilità";

**Visto** il D.P. 589 del 31/08/2018 art.3 prevede che da parte del Disabile grave la sottoscrizione del Patto di Servizio che si avvia su istanza presentata al D.S.S competente per territorio di residenza, nonché il comma 6 che definisce " Il Patto di Servizio si conforma a quanto già in uso per l'accesso alle contribuzioni discendenti dal Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, assolvendo , per scelta esclusiva del disabile, alla funzione di individuare forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali ",

#### **AVVISA**

Tutti **i soggetti disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92** residenti nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario 18 (Paterno', Belpasso e Ragalna) , possono presentare istanza per l'attivazione del Patto di Servizio ( secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 6 del D.P. n. 589/2018 ).

All'istanza dovrà essere allegata la seguente documentazione :

- Fotocopia certificazione L.104/92 attestante la disabilità grave art. 3 comma 3 L. 104/92;
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente o rappresentante legale del beneficiario;
- Fotocopia Isee Socio-Sanitario in corso di validità per il disabile maggiorenne;
- Patto di Servizio.

Il modello dell'istanza potrà essere scaricato dai siti Istituzionali del Comune di Paterno', Belpasso e Ragalna, oppure ritirato presso gli Uffici di Servizio Sociale del Comune di residenza.

L'istanza potrà essere inoltrata entro e non oltre il **30/03/2020** a mezzo Pec o presentata al protocollo del Comune di residenza.

**IL COORDINATORE DEL DISTRETTO**  
**DOTT.SSA C. CONTI**

**IL SINDACO**  
**DOTT. A. NASO**