



# CITTA' DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania

I Dipartimento  
Servizi Sociali

## DISTRETTO SOCIO SANITARIO D20

(PALAGONIA, SCORDIA, MILITELLO V.C., RADDUSA, RAMACCA, CASTEL DI IUDICA)

### CENSIMENTO PER PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVE

**Vista** la legge regionale n.4 dell'1 marzo 2017, art.1, di "Istituzione del Fondo regionale per la disabilità";

**Vista** la legge regionale n.8 del 9 maggio 2017 ed in particolare l'art.9 che ha istituito il "Fondo regionale per la disabilità e la non autosufficienza", successivamente modificato ed integrato dall'art.30 della legge regionale n.8 del 8 maggio 2018;

**Visto** il D.P.R. n.589 del 31 agosto 2018 che definisce i nuovi criteri di erogazione degli interventi finanziari a valere sul "Fondo regionale per la disabilità e non autosufficienza";

**Vista** la nota prot. 42152 del 27/12/2018 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con la quale si invitano i distretti ad attivarsi per la predisposizione di avvisi per l'individuazione di soggetti con disabilità grave, la cui non autosufficienza è valutata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale

### SI INVITANO

le famiglie, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D..20, nel cui nucleo familiare siano presenti disabili gravi, riconosciuti tali ai sensi della legge 104/1992, art.3, comma 3, a presentare apposita istanza nella quale, **ai soli fini del censimento**, viene dichiarato il possesso del requisito.

Alla domanda deve essere allegata:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n.104/1992;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Si allega il modello dell'istanza, che debitamente compilato, deve essere consegnato all'Ufficio protocollo del Comune di rispettiva residenza **entro il 15 FEBBRAIO 2019.**

Palagonia, 14.01.2019

Il Capo Dipartimento  
f.to Dott. Salvatore Strazzieri

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Istanza per persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n. 104/92.

Il /La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- ☐ Di essere affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n.104/92:
- ☐ Che nel proprio nucleo familiare è presente il /la Sig. \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
affetto da disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n.104/1992;

**DICHIARA, altresì:**

- ☐ Di essere in possesso di Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità.
- ☐ Di essere in possesso di Certificazione ISEE in corso di validità.

**Allega alla presente istanza:**

- ☐ Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n. 104/1992;
- ☐ Copia documento di riconoscimento in corso di validità (del dichiarante e/o del disabile grave);

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_