

## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D/28

Ufficio Piano

### COMUNE CAPOFILA - BARCELLONA P.G.

BASICO', CASTROREALE, FALCONE, FONDACHELLI FANTINA, FURNARI, MAZZARRA' S.A.,  
MERI', MONTALBANO ELICONA, NOVARA DI SICILIA, RODI' MILICI, TERME VIGLIATORE, TRIPI.

#### CENSIMENTO

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

**VISTA** la Legge Regionale n. 4 del 01 marzo 2017, art. 1 , di "Istituzione del fondo regionale per la disabilità";

**VISTA** la Legge Regionale n. 8 del 09 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 L.R. n. 8 dell'8 marzo 2018;

**VISTO** il Decreto Presidenziale del 31.08.2018 con il quale vengono dettate le modalità ed i criteri per l'erogazione di interventi finanziari di cui al Fondo unico Regionale su menzionato, destinati all'assistenza dei disabili gravissimi, gravi e psichici;

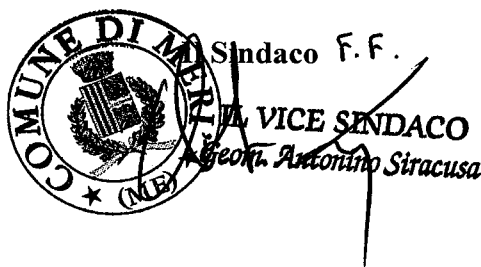
**RITENUTO**, al fine della programmazione delle risorse in argomento, dover procedere con apposito censimento che individui il numero dei disabili gravi dei distretti socio sanitari della Regione;

#### SI AVVISANO

tutte le famiglie residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 28, nel cui nucleo siano presenti disabili gravi, riconosciuti tali ai sensi della Legge n. 104/1992 art. 3 comma 3, a presentare al più presto presso l'ufficio servizi sociali del proprio Comune, apposita dichiarazione nella quale, **AI SOLI FINI DEL CENSIMENTO** viene dichiarato il possesso del requisito.

Alla dichiarazione, scaricabile dal sito o ritirabile presso gli uffici sociali dei propri Comuni di Residenza, deve essere allegata:

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



**Il Presidente del D28**  
**F.to Dott. Eugenio Aliberti**

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

Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: Censimento 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 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 come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela, 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**

\_\_\_\_\_