



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54**  
**Comuni di**  
**Castelvetrano - Campobello di Mazara**  
**Partanna – Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa**  
**A.S.P.**

UFFICIO DI PIANO

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)  
Tel. 0924/909133 0924/909124 Fax 0924/902203  
Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00

Pec: distrettod54@pec.comune.castelvetrano.tp.it

**AVVISO**

**VISTO** il D.P.R.S. dello 02/03/2009 dell'Assessorato della famiglia e delle politiche socio sanitarie con il quale è stato previsto che una quota del F.N.P.S. sia destinata alla premialità, finalizzata a finanziare azioni di sviluppo distrettuale a seguito della valutazione e del monitoraggio SIRIS, dell'attuazione dei Piani di Zona;

**VISTA** la nota n. 2193 del 21/11/2011, emanata dalla Regione Sicilia - "dall'Assessorato della famiglia, con la quale veniva assegnata la somma di €. 49.079,17 per la specifica programmazione riguardante l'utilizzo della stessa;

**VISTA** la nota n. 41466 del 29/10/2013 emanata dalla Regione Sicilia - "dall'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro"- con cui si notifica il parere di congruità espresso da nucleo di valutazione in merito al Progetto "Ci Sono Anch'io" redatto dal Gruppo Piano ed approvato dal Comitato dei Sindaci;

**CONSIDERATO** che il target dei beneficiari è di **20 soggetti con disabilità grave – L. 104/92 – Art. 3 comma 3** e sarà così distribuito fra i comuni del distretto:

Comune di Castelvetrano	7
Comune di Campobello di Mazara	3
Comune di Partanna	3
Comune di Poggioreale	2
Comune di Salaparuta	2
Comune di Santa Ninfa	3
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>

*Poiché i beneficiari sono identificati dalla situazione di gravità ex lege 104/92 art. 3 c.3, per la determinazione del livello di intensità dei bisogni assistenziali si terrà conto dei sottoelencati criteri stabilendo un punteggio graduale, così di seguito specificato:*

<b>Per la condizione familiare</b>	
soggetti beneficiari minori con disabilità grave	7
soggetti beneficiari adulti con disabilità grave che vivono da soli	6
soggetti con presenza di familiari di età superiore ai 75 anni o disabili o in gravi condizioni di salute	4

<i>soggetti facenti parte di nuclei monogenitoriali</i>	2
<i>soggetti nel cui nucleo sono presenti minori di età inferiore ai 5 anni</i>	1
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>

<b>Per la condizione abitativa e ambientale</b>	
<i>abitazione in locazione</i>	1
<i>abitazione di proprietà</i>	0
<i>abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n. di persone, ben servito)</i>	0
<i>abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano il disabile nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi)</i>	2
<i>Abitazione non idonea (gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi o in corso la cui valutazione sarà effettuata d'Ufficio o con documentazione comprovante quanto dichiarato)</i>	3
<b>TOTALE</b>	<b>6</b>

**A parità di punteggio sarà ritenuto beneficiario delle azioni, di cui al presente avviso, il soggetto con certificazione ISEE ordinario più basso.**

*Per quanto sopra*

### **Si invitano**

Tutti i cittadini interessati, residenti da almeno un anno, nei Comuni del Distretto Socio Sanitario 54, ed in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, a presentare apposita istanza di partecipazione, presso gli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni di Castelvetrano, Partanna, Campobello di Mazara, Santa Ninfa, Poggioreale e Salaparuta, **entro il 30.12.2015**, secondo lo schema allegato e, unitamente, alla documentazione nello stesso richiesta.



**IL PRESIDENTE DEL DISTRETTO 54**  
**AVV. FELICE JUNIOR ERRANTE**



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54**  
**Comuni di**  
**Castelvetro - Campobello di Mazara**  
**Partanna - Poggioreale - Salaparuta - Santa Ninfa**  
**A.S.P.**

Piazza G. Cascino, n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)  
Tel. 0924/909133 - 0924/909124 Fax 0924/902203

**UFFICIO DI PIANO** Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00

Al Sindaco  
C/O il Settore al Cittadino  
Ufficio Servizi Sociali del  
Comune di \_\_\_\_\_  
Per il tramite dell'Ufficio Servizi Sociali del  
Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Istanza per l'accesso al progetto "Ci sono anch'io" - Premialità Piano di zona 2010/2012

**Dichiarazione sostitutiva resa a i sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune  
di \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ codicefisc. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare alle attività previste dal progetto "Ci sono anch'io" - premialità PdZ 2010/2012 ed a tal fine

**DICHIARA**

Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ da almeno un anno;  
Di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) **di essere nella condizione di grave non autosufficienza , con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita (L. 104/92, art. 3 comma 3 – invalidità civile e/o accompagnamento );**
- b) **di essere nelle seguenti condizioni familiari:**
  - di essere soggetti beneficiari con minori a carico con disabilità;
  - di essere soggetti beneficiari adulti con disabilità grave che vivono da soli;
  - di essere soggetti con presenza di familiari di età superiore ai 75 anni o disabili o in gravi condizioni di salute;
  - di essere soggetti facenti parte di nuclei monogenitoriali;
  - di essere soggetti nel cui nucleo sono presenti minori di età inferiore ai 5 anni;



c) di essere nelle seguenti condizioni abitative:

- abitazione in locazione;
- abitazione di proprietà;
- abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n. di persone, ben servito);
- abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano il disabile nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi);
- Abitazione non idonea (gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi o in corso la cui valutazione sarà effettuata d'Ufficio o con documentazione comprovante quanto dichiarato);

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

n.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Relazione di parentela	Presenza disabili

Il/a sottoscritto/a indica come referente a cui rivolgersi in caso di necessità il Sig.

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico

Allega alla presente istanza:

- Attestazione ISEE in corso di validità e relativamente alla riforma 2015, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS- COMUNI- ETC);
- Copia del documento di riconoscimento;
- Certificazioni attestanti la condizione di disabilità.

FIRMA

\_\_\_\_\_

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi della legge n. 675/96 sulla privacy, autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati personali ai fini della suddetta richiesta.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_