



Dipartimento della Programmazione e della  
Organizzazione delle Attività Territoriali e  
dell'Integrazione Socio-Sanitaria

U.O.C Integrazione Socio-Sanitaria  
U.O.S Coordinamento Attività Socio Sanitarie  
L.N.328/00

Via Pindemonte, 88 - 90129 - Palermo  
Telefono - 091 7033242 - Fax - 091 7033238  
E-MAIL- [adidip@asppalermo.org](mailto:adidip@asppalermo.org)  
E-Mail- [adc328@asppalermo.org](mailto:adc328@asppalermo.org)  
WEB - [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org)

Data: 12/11/2020

Prot. 12266/0

Ai Direttori di Distretto 33-42/PTA  
Ai Responsabili UOS Socio Sanitarie  
Distretti 33-42/PTA  
Al Responsabile dell'U.R.P.  
Al Direttore Generale  
Al Direttore Sanitario  
Loro Sedi

e p.c

**Oggetto:** Riapertura dei termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'Art.3 del D.M.26.09.2016.

Al fine di adottare comportamenti uniformi a livello aziendale, facendo seguito alla nota dell'Assessorato Famiglia Prot.n°36333 del 31/10/2019 che per completezza si allega, tenendo conto della disposizione assessoriale approvata con D.A.126/GAB del 13/11/2018 che si allega per pronta lettura e nei limiti dei fondi che ci saranno attribuiti dall'Assessorato Famiglia,

**si comunica la riapertura dei termini dal 1° novembre al 31 dicembre di ogni anno, per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima.**

Si trasmette in allegato la Circolare dell'Assessorato Salute n°21 del 03/12/2018 pubblicata sul sito dello stesso Assessorato, per ogni adempimento consequenziale.

Si allega altresì, al fine di dare uniforme informazione, l'elenco delle sedi ove possano presentarsi le istanze di coloro che richiedono i benefici economici della disabilità gravissima.

Contestualmente, si invita l'URP a pubblicare sul sito ASP sia la Circolare con l'allegato modulo di istanza sia l'elenco delle Sedi.

Si chiede agli addetti alla ricezione delle istanze (PUA) di controllarne la corretta compilazione, relativamente ai dati anagrafici compresi i recapiti e CAP.

Il Responsabile UOS Coordinamento  
Attività Socio Sanitarie  
(Dott. Salvatore Vitale)

Il Direttore del Dipartimento della Programmazione  
e dell'Organizzazione delle Attività Territoriali e  
dell'Integrazione Socio-Sanitaria  
(Dott. Francesco Cerrito)

Allegato 1

Al PUA / Distretto Socio Sanitario di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ARTICOLO 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.RS. 31 AGOSTO 2018, N. 589.**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione  
falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di  
essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di  
essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono  
\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e - mail  
\_\_\_\_\_.

In qualità di beneficiario / familiare delegato o di rappresentante legale.  
(Specificare il titolo) \_\_\_\_\_

**SOGGETTO BENEFICIARIO**

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario).

Signor/a \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'Unità di Valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.