

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a nato/a a Il...../...../.....

Residente a (.....) Via/Piazza

Tel..... E-mail

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Familiare:, Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra..... nato/a a Il...../...../...../

Residente a (.....) Via/Piazza/C.da

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

C H I E D E

di partecipare all'Avviso pubblico per la concessione dell'Assegno di cura destinato a persone in condizione di disabilità gravissima di cui all'oggetto;

A TAL FINE DICHIARA:

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

- Che il/la sig./sig.ra _____ è stato/a già riconosciuto/a come persona in condizioni di disabilità gravissima dall'UVM territorialmente competente nelle precedenti annualità;

Che il Nucleo Familiare è così composto:

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro: _____

La composizione del nucleo familiare come sopra indicata è corrispondente a quanto risulta dai registri anagrafici del Comune di _____.

I dati relativi alla composizione del nucleo ordinario possono, comunque, essere desunti dall'attestazione ISEE ordinario in corso di validità il cui Protocollo di rilascio da parte dell'INPS è il seguente:

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

da solo in famiglia in comunità altro: _____

Che il richiedente usufruisce dei seguenti servizi:

	Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/>	Servizio assistenza Domiciliare – SAD/ADH			
<input type="checkbox"/>	Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/>	Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/>	Sevizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/>	P.L.N.A:			
<input type="checkbox"/>	Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/>	Trasporto			
<input type="checkbox"/>	Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/>	Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/>	Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/>	Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/>	Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/>	prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/>	beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/>	Assegno per la disabilità gravissima (FNNA)			
<input type="checkbox"/>	Assegno di Inclusione			
<input type="checkbox"/>	Altro:			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)

AREE DEI BISOGNI

AREA AUTONOMIA PERSONALE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO | <input type="checkbox"/> USO DEL WC | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non

saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale.

- ❖ È consapevole del fatto che:
 - in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o di non presentazione della documentazione indicata nella sezione ALLEGA, l'istanza potrà essere considerata non completa e pertanto non ammissibile;
 - l'effettuazione di una Valutazione Multidimensionale della propria situazione può richiedere documentazione integrativa e l'accesso domiciliare da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto Sanitario territorialmente competente;
 - in caso di mancata presentazione di documentazione integrativa richiesta dall'UVM necessaria per la Valutazione Multidimensionale, l'istanza non potrà essere accolta;
- ❖ **Dichiara, in caso di ammissione al finanziamento,**
 - di voler utilizzare l'eventuale beneficio per:
 - remunerare il lavoro svolto da operatori titolati di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionale di settore o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale;
 - ovvero
 - ristoro all'impegno del familiare caregiver individuato nella persona di:
Nome _____ cognome _____ luogo e data di nascita _____ indirizzo _____
_____ Codice Fiscale _____
Rapporto di parentela o affinità (precisare): _____
 - di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per le medesime tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio;
- ❖ **Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato** o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.
- ❖ **Si impegna a dare comunicazione dell'eventuale beneficio della presente richiesta presso i canali comunicativi telematici** in caso di percepimento di ulteriori benefici economici per le medesime finalità assistenziali (es. Home Care Premium, casellario dell'assistenza – SIUSS e SINA- ECC.).
- ❖ **Allega alla presente domanda:**
 - Copia di un valido documento di identità dell'interessato, del richiedente (qualora diverso dall'interessato) e dell'eventuale caregiver;
 - Copia di eventuale provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d'identità;
 - Titolo di soggiorno, se cittadino straniero;
 - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) /minorenni in corso di validità;
 - Copia della Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
 - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento, completa di tutte le informazioni (No scheda con omissis);
 - Altra certificazione attestante lo stato di non autosufficienza (art. 3, c.2 D.M. 26/09/2016);
 - (se ricorre) Attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento (rilasciata dal medico curante o altri organismi sanitari e socio-sanitari competenti);

(in caso di nuovi richiedenti) Certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale oppure da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato; dette certificazioni dovranno essere effettuate da una struttura sanitaria specialistica pubblica oppure dal Medico di Medicina Generale con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente;

-Altro (altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione) _____

Modalità di pagamento

BANCA: _____ **Agenzia:** _____
Conto _____ **Corrente** _____ **bancario/postale** _____ **n°:** _____ **intestato a:** _____
_____ **CF** _____
residente in _____
Codice IBAN: _____
Data / ____ / ____ / ____

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; I dati saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche al Servizio Sociale Professionale (coop Assistenza 200), all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n. 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

Data / ____ / ____ / ____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data / ____ / ____ / ____

Firma _____



Azienda Sanitaria Locale n. 4 – Teramo
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto



Unione di Comuni Città Territorio
Val Vibrata Sant'Omero

MODELLO DI CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Presenza visione della documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente,

Si Certifica che il/la Sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

è affetto da una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza e con punteggio nella Scala di **Glasgow Coma Scale (GCS)** ≤ 10 : punteggio _____;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (**24h/7gg**);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala **Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)** ≥ 4 : punteggio _____;
- d) persone con lesioni spinali fra CO/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, dal livello sulla **scala ASIA Impairment Scale (AIS)** di **grado A o B**. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di **grado A o B**;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai **4 arti alla Scala Medical Research Council (MRC)**, o con un punteggio alla **Expanded Disability Status Scale (EDSS)** ≥ 9 , o in **stadio 5 di Hoehn e Yahr mod.**: punteggio _____;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di **minorazione visiva** totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e **ipoacusia**, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al **livello 3** della classificazione del **DSM-5**;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale **Grave** o **Profondo** secondo classificazione **DSM-5**, con **QI** ≤ 34 e con un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (**LAPMER**) ≤ 8 : punteggio _____;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche. **Per l'individuazione delle condizioni di dipendenza vitale si utilizzano i criteri di cui all'Al. 2 al DM 26/09/2016, riportati nell'apposita Scheda che segue.**

Data _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO



Azienda Sanitaria Locale n. 4 – Teramo
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto



Unione di Comuni Città Territorio
Val Vibrata Sant'Omero

Scheda individuazione delle persone in condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i, DM 30.11.2016).

Presa visione della documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente, si Certifica che il/la Sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

si trova in condizione di dipendenza vitale, ai sensi dell'art. 3, comma 2, lettera i del DM 30.11.2016, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, in quanto presenta le seguenti compromissioni funzionali:

- a) Motricità:
 - Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona;
- b) Stato di coscienza:
 - Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni;
 - Persona non cosciente;
- c) Respirazione:
 - Necessità di aspirazione quotidiana;
 - Presenza di tracheotomia;
- d) Nutrizione:
 - Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi;
 - Combinata orale e enterale/parenterale;
 - Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG);
 - Solo tramite gastrostomia (PEG);
 - Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC).

Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che presentano compromissioni in almeno uno dei domini di cui alle lettere a) e b) ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d).

Data _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO
