

**AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE
PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DEI SERVIZI SOCIALI**

PER IL TRAMITE DEL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

n. _____ tel _____

**in riferimento al BANDO (per la disabilità gravissima) in scadenza al 05.06.2017
CHIEDE**

In qualità di :

- persona in situazione di “disabilità gravissima”;
- genitore/ familiare convivente;
- genitore/familiare non convivente;
- tutore

LA concessione del contributo economico finalizzato all’assistenza domiciliare a persone in condizioni di “disabilità gravissima”, secondo quanto scritto nel Bando, quanto contenuto nel D.M. 26/09/2016 e nella D.G.R n. 104 del 7/03/2017(linee guida operative per le prestazioni assistenziali a disabili gravissimi), in favore di:

SIG/RA _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

n. _____ tel _____

TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO RICHIESTO (SOLO UNO DEI 2)

Tip. 1 .“ASSEGNO DI CURA”

Tip. 2 .“CONTRIBUTO DI CURA” per l’assistenza prestata dal seguente familiare (Caregiver) convivente:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____ relazione

di parentela _____

A TAL FINE, CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI FALSE DICHIARAZIONI SI APPLICANO LE DISPOSIZIONI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, **DICHIARA:**

Di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge L.11/2/1980 n. 18 o ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, E, di TROVARSI IN UNA O PIU' CONDIZIONI di cui all'art.3 del D.M. 26 /9/2016:

- a) persone in condizione di coma, stato vegetativo (SV) oppure in stato di minima coscienza (SMC) e con un punteggio della scala Glogow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita e non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical dementia Rating Scale (CDRS) > 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello della 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 punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- 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% 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 $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe mental retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale , secondo l'allegato 2 del decreto ministeriale 26/9/2016, che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 h, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

DICHIARA, ALTRESI':

DI NON ESSERE RICOVERATA/O IN STRUTTURE RESIDENZIALI A CICLO CONTINUATIVO IL CUI COSTO E' A TOTALE CARICO DELLA REGIONE LAZIO

DI NON FRUIRE DI ALCUNA PRESTAZIONE ASSISTENZIALE " COMPONENTE SOCIALE "

DI FRUIRE DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI " COMPONENTE SOCIALE "

ASSEGNO DI CURA DI CUI ALL'ULTIMO BANDO SULLA DISABILITA' GRAVISSIMA

ASSISTENZA DOMICILARE DEL CONSORZIO ai sensi della L.20/2006 per n _____ h

RIMBORSO ECONOMICO ai sensi della legge 20/2006

ASSISTENZA DOMICILIARE DEL CONSORZIO ai sensi della L 328/2000 per n _____ h

FREQUENZA CENTRO DIURNO PER DISABILI GRAVI O GRAVISSIMI

DI _____

FREQUENZA CENTRO ALZHEIMER DI _____

FRUIZIONE DEL SERVIZIO HOME CARE PREMIUM

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI:

1. Verbale attestante indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o dell'allegato 3 del decreto del DPCM n. 159 del 2013 attestante la non autosufficienza .
2. Certificazione medica rilasciata da una struttura pubblica/convenzionata o dal medico di famiglia, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art 3 comma 2 del decreto ministeriale 26-9-2016 (elencate nella prima pag. del bando)
3. ISEE * socio-sanitario del nucleo familiare con componente disabile secondo il DPCM 159/2013 e secondo la legge n 89 del 26/5/2016
4. Autocertificazione dello Stato di famiglia e di residenza;
5. Fotocopia documento di riconoscimento del beneficiario/a.
6. **Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di persona straniera extracomunitaria**
7. **Copia del provvedimento di nomina del tutore** (qualora si tratti di persona con tutela)
8. autocertificazione dello stato di convivenza **DEL CAREGIVER** con il disabile gravissimo (per coloro che richiedono il "contributo di cura")
9. autocertificazione **DEL CAREGIVER** di non svolgere attività lavorativa (per coloro che richiedono il "contributo di cura")
10. fotocopia documento di riconoscimento del **CAREGIVER**. (per coloro che richiedono il "contributo di cura")

*in attesa dell'ISEE si può presentare la **DSU** a prova dell'avvenuta richiesta **ISEE**, che comunque dovrà pervenire prima della valutazione della commissione UVM

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, INOLTRE DICHIARA:

di essere informato, ai sensi dell' art. 13 del D. Lgs. 30-6-2003, n. 196 che i dati personali, acquisiti con la presente istanza sono:

- Sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario del progetto al beneficio richiesto;
- Sono forniti alla commissione ASL per la valutazione della gravità e potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.

Il rifiuto del trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al beneficio richiesto.

L'ente /i al/i quale /i viene presentata l'istanza e gli interessati a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

DATA _____

Firma del richiedente, tutore, o, familiare

| |
|--|
| SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESIDENZA |
| VERIFICA DELLA CONFORMITA' DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AI CRITERI DI ACCESSO ALLA PREDISPOSIZIONE DELL'INTERVENTO |
| <input type="checkbox"/> LA DOCUMENTAZIONE è CONFORME E COMPLETA |
| |
| <input type="checkbox"/> LA DOCUMENTAZIONE NON è CONFORME E INCOMPLETA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI : |
| |
| |
| |
| LA VERIFICA è STATA EFFETTUATA DALL'ASSISTENTE SOCIALE DOTT/SSA _____ |
| FIRMA |
| |

| |
|--|
| SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CONSORTILE |
| AMMISSIBILITA DELLA RICHIESTA |
| <input type="checkbox"/> PARERE POSITIVO |
| |
| <input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI |
| |
| |
| |
| VERIFICA EFFETTUATA DAL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIALE DOTT. CARLO RECCHIA |
| FIRMA |
| |
| NOTE: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |