

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

p.c. All'Ente Gestore PLUS di Nuoro

OGGETTO: Richiesta contributo per l'attivazione di interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima. DGR n. 21/22 del 04.06.2019

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

familiare

tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

altro (*specificare:* _____)

in favore di: (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

l'accesso al contributo economico regionale per l'attivazione di "Interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima" quale contributo economico finalizzato ad assicurare l'assistenza alle persone in condizioni di disabilità gravissima attraverso l'acquisto di servizi resi da terzi (personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia);

l'accesso al contributo economico regionale per l'attivazione di "Interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima" quale contributo economico per l'attività di cura resa dal care giver familiare (art. 2 lett. B D.M. 26.09.2016) (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:

(*Cognome*) _____ (*Nome*) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela (*rispetto al beneficiario*) _____

Convivente: [] sì [] no _____

Dichiara

- che la persona per la quale si richiede l'accesso al contributo è beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n.18, o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013;
- di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:
 - a)** persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
 - b)** persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o 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 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 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 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 $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
 - i)** ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

In riferimento alla lettera i) si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in uno dei domini "motricità" e "stato di coscienza" e in almeno uno dei domini

“respirazione” e “nutrizione”, come previsto dall’allegato 2 del DM del 26 settembre 2016, accertati secondo le scale e i punteggi di seguito riportati:

- grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato respiratorio” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (Coma in respiro spontaneo, presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16 h o tracheotomia in respiro spontaneo);
 - grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato digerente tratto superiore” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (tramite alimentazione artificiale: sondino naso gastrico, gastrostomia, parenterale attraverso catetere venoso centrale);
 - grave compromissione dello stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Patologie del sistema nervoso” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);
 - grave compromissione della funzione motoria. Scala Barthel INDEX (0-100) Il punteggio rilevato deve essere ricompreso tra 0 e 5.
- di essere beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza (*specificare quali*):
- piano personalizzato L.162/98 con scheda salute 2017 gestione 2018 con punteggio pari a _____;
 - Progetto Ritornare a casa;
 - leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e rimborso quote sociali (*specificare quali* _____);
- di non essere beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza (piano personalizzato L.162/98 con punteggio, ritornare a casa, leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e rimborso quote sociali);
- di aver preso visione dell’avviso pubblico e di essere consapevole che le persone che, nell’ambito del progetto “Ritornare a casa”, già usufruiscono del contributo per la disabilità gravissima (di cui alla Delib.G.R 70/13 del 29/12/2016) e il contributo di potenziamento dell’assistenza incrementato della quota per la disabilità gravissima (di cui alla Delib. G.R 56/21 del 20.12.2017) non potranno usufruire del presente contributo economico ma dovranno comunque produrre la suddetta documentazione.
- Di aver preso visione dell’avviso pubblico e di essere consapevole che il contributo economico non è inoltre riconoscibile alle persone inserite in strutture residenziali per un periodo superiore ai quindici giorni.
- Di aver preso visione dell’avviso pubblico e di essere consapevole che nel caso di assistenza diretta, sono riconosciute come rimborsabili le spese per la contrattualizzazione

dell'assistente personale e che la titolarità e la responsabilità nella scelta e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del beneficiario e a suo carico sono anche gli oneri assicurativi e previdenziali riguardanti gli assistenti impiegati che sono ricompresi nell'importo riconosciuto.

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Allega alla presente:

- 1) il verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'art.3 DPCM n.159 del 2013;
- 2) la certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dal decreto ministeriale;
- 3) l'ISEE aggiornato;
- 4) la dichiarazione di essere o non essere beneficiari di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza (piano personalizzato L.162/98 con punteggio, ritornare a casa, leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e rimborso quote sociali).

Chiede:

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ Email _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.Lgs n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 16/679 "GDPR"

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n.679 del 2016, la informiamo che il trattamento dei dati personali, anche particolari, forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. È possibile chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento. I soggetti partecipanti hanno diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che li riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento. In ogni caso esiste sempre il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente (Garante per la Protezione dei Dati Personali), ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora si ritenga che il trattamento dei propri dati sia contrario alla normativa in vigore. Il trattamento dei dati personali (registrazione, organizzazione, conservazione), finalizzato alla scelta dei contraenti e all'instaurazione del rapporto contrattuale oltre che alla gestione del rapporto medesimo, è svolto con strumenti informatici e/o cartacei idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, ed è improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei fornitori e della loro riservatezza. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della partecipazione alla procedura finalizzata alla richiesta del beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n° 21/22 del 04.06.2019 finalizzato all'attivazione di interventi a favore di persone in condizione di "Disabilità Gravissima" (art. 3 del D.M. 26/09/2016), pena l'esclusione.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
