



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

ALLEGATO 1 - MODELLO di ISTANZA

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)
ISTANZA DI ACCESSO**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

in qualità di:

beneficiario dell'istanza

oppure:

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. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

di accedere al seguente intervento previsto alla DGR n. 897/2021 per l'annualità _____
(barrare una sola opzione)

- servizio di assistenza domiciliare diretta** erogato da un qualificato ed accreditato Ente gestore attraverso un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione;
- assegno di cura** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite assunzione di un operatore qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di un soggetto di Terzo Settore regolarmente accreditato;
- contributo di cura** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite riconoscimento e supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato, ai sensi della DGR 341/2021.

DATI RIFERITI AL CAREGIVER (<i>compilare solo ove si richieda il contributo di cura</i>)																									
Cognome _____						Nome _____																			
nato/a a _____				prov. _____		il _____																			
residente nel Comune di _____						prov. _____																			
Via/Piazza _____						n. _____																			
C.A.P. _____						tel. _____																			
e-mail _____																									
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____						prov. _____																			
Via/Piazza _____						n. _____																			
C.A.P. _____						tel. _____																			
Codice fiscale																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr></table>																									
Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____																									

CHIEDE altresì

di erogare il beneficio con le seguenti modalità (*compilare solo ove si chieda assegno/contributo di cura*):

diretto al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tramite accredito sul Conto Corrente [] Bancario [] Postale (*n.b. escluso Libretto Postale*)

(Codice IBAN 27 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[] c/o Banca/Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000)

[] di **beneficiare dell'indennità di accompagnamento** (legge 11 febbraio 1980, n.18) o **essere non autosufficiente** ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 **e di trovarsi in una o più delle condizioni di cui all'art.3 del DM 26/09/2016**, come attestato dall'**Allegato 3 – Scheda di certificazione sanitaria** alla presente istanza.

Consapevole dell'obbligo di rendere tutte le dichiarazioni poste a seguire per consentire il corretto svolgimento delle procedure di valutazione della domanda da parte dell'UVMD,

DICHIARA altresì

- che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti **non ha fruito / ha fruito** di interventi in favore di persone con disabilità gravissima erogati da Regione di residenza diversa dal Lazio (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- che il destinatario dell'intervento **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** all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di impegnarsi**, in caso di ammissione al beneficio, a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, con cadenza trimestrale, idonea **dichiarazione** attestante la permanenza presso il proprio domicilio;
- di essere a conoscenza** che la misura di sostegno sarà riconosciuta a decorrere dalla data in cui il Distretto socio-sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole domande secondo l'ordine cronologico di presentazione;
- in caso di accesso all'assegno di cura**, di impegnarsi a produrre copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e **rendicontazione** trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- in caso di accesso all'assegno di cura**, di impegnarsi a produrre copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e **rendicontazione** trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- di **non essere / essere** già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non fruire / fruire** del progetto INPS HCP con un contributo mensile pari ad € _____ (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non fruire / fruire** di interventi di assistenza domiciliare (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone per un n. ore settimanali pari a _____ (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non frequentare / frequentare** Centri diurni o semiresidenziali presenti nel territorio del Distretto Sociale B di Frosinone per n. _____ giorni settimanali (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);

- di **non fruire / fruire** degli interventi previsti nella misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con Disturbi dello Spettro Autistico (L. R. 7/2018 e relativi provvedimenti di attuazione) (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- che il **caregiver** familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (barrare solo in caso di richiesta di contributo di cura).

ALLEGA

- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n. 2*);
- Scheda di certificazione sanitaria (*Allegato n. 3*) rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come già elencate, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento;
- Attestazione ISEE regolare e in corso di validità;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del caregiver (solo in caso di richiesta di contributo di cura);
- Copia del codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (non riferito al libretto postale);
- Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

*campi obbligatori

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR 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 DPR, dichiara di aver preso visione dell'avviso 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 PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona, RUP del presente procedimento, dr. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 897/2021.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:
 beneficiario dell'istanza per interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
 richiedente per conto di:
(*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, DPR 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 DPR.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma del richiedente

CERTIFICAZIONE SANITARIA¹

ai sensi dell'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016

(Compilazione a cura del medico specialista di struttura sanitaria pubblica)

Si certifica che:

il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

È affetto da (diagnosi) _____

_____ (codice ICD 10) _____

e rientra nelle condizioni di seguito riportate, così come documentate dalle Scale di riferimento allegate:

- 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 (punteggio _____);
- 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 (punteggio _____);
- 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 laterali devono essere valutate con lesione di grado A o B (grado/i _____);
- 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 (valori / punteggio / stadio _____);
- 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 (punteggio _____);
- 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 punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 (punteggio _____);
- 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.²

Luogo e data _____

Timbro e firma medico specialista struttura pubblica³

¹ IL CERTIFICATO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE COMPRESA L'INDICAZIONE DEL PUNTEGGIO / GRADO / STADIO DELLA DISABILITA' OVE PREVISTO

² NEL CASO IN CUI LA PATOLOGIA INDICATA RIENTRI NEL PUNTO i) E' NECESSARIO SPECIFICARE LA DIAGNOSI O ALLEGARE UNA CERTIFICAZIONE DALLA QUALE SI EVINCA LA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA".

³ LO SPECIALISTA DEVE ESSERE COMPETENTE PER LA PATOLOGIA CERTIFICATA