

Allegato B)

Al Comune di _____
del Distretto Socio-Sanitario LT/1**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA**
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)**Modello per la richiesta dell'assegno di cura/contributo di cura a favore di persone affette da disabilità gravissima**

da compilare se la domanda è presentata dal diretto interessato

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
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 _____
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 del Tribunale di _____ n. _____);
altro (specificare _____);
in favore di (cognome) _____ (nome) _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente nel Comune di _____ prov. _____

Allegato B)

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

Assegnazione di “Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all’acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall’assistito e dalla famiglia;

Assegnazione di “Contributo di cura” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

DICHIARA

che la propria condizione di disabilità rientra in una delle seguenti tipologie:
(barrare casella di interesse)

- a) persone in condizioni 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 in 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 psico-fisiche.

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:

(cognome) _____ (nome) _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente nel Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
Domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
Codice fiscale _____	
Grado di parentela (<i>rispetto al beneficiario</i>) _____	
Convivente ☐ SI ☐ NO	

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei 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.

Dichiara altresì:

- 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 o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

Certificazione medica confermando la diagnosi rilasciata dalla struttura _____ in data _____;

Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti;

Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

Documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*)

Attestazione ISEE in corso di validità.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

sig./sig.ra _____

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ C.A.P. _____

Tel _____ fax _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
