

Alla Comunità Montana Gennargentu Mandrolisai
Ente Gestore PLUS – Distretto di Sorgono
Via Bulgaria, s.n. Sorgono (NU)
info@pec.gennargentumandrolisai.it

RICHIESTA DI 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 caregiver familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER

./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
 _____ Grado di parentela (rispetto al beneficiario)
 _____ Convivente: [SI] [NO]

consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00, e sotto la propria personale responsabilità

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:
- Personale in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
 - Personale dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
 - Personale con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
 - Personale 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;

- 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 panded 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. 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 2018 gestione 2019 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.
- 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 che superi i 15 giorni o in caso di decesso del beneficiario.

Allega alla presente:

1. copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'art.3 DPCM n.159 del 2013;
2. certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dal decreto ministeriale;
3. ISEE socio sanitario 2019;
4. copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Informativa privacy

I dati personali forniti nell'istanza e nella documentazione ad essa allegata, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati o la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Luogo e data _____

Firma _____