

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

Ambito Distrettuale Sociale n. 21 Val Vibrata

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"

Distretto Sanitario di Base: Asl Teramo - Sede Nereto

Servizio competente: Unità di Valutazione Multidimensionale

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

ALL'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE

N° 21

UFFICIO DI PIANO

via: T. Tasso, n° snc

Cap 64027 Comune Sant'Omero

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a Prov. (.....)

il...../...../...../....., nazionalità: italiana Unione europea extracomunitaria:.....

residente a Prov. (.....)

Via/Piazza n°

Tel.: E-mail

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di medicina Generale: Tel.:

(*) Riconosciuto: Persona disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data.....

(*) Allegare copia verbale

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a nato/a a ll...../...../.....
Residente a (.....) Via/Piazza
Tel..... E-mail
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 Familiare:, Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....
Del Sig./Sig.ra..... nato/a a ll...../...../...../
Residente a (.....) Via/Piazza/C.da
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Recapito telefonico
Medico di medicina Generale: Tel.:

C H I E D E

A - INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (barrare richieste):

- A.1 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- A.2 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE
- A.3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE
- A.4 TELESOCORSO - TELEASSISTENZA
- A.5 TRASPORTO
- A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO
- A.7 RIMBORSO QUOTA SOCIALE RETTA PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE
- A.8.1 ASSEGNO DI CURA
- A.8.2 ASSEGNO DI VITA AUTONOMA

**B - INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (barrare una sola richiesta):
ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA**

- B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)
- B.1.2. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE
- B.2. A.D.I. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA
- B.3. A.D.S.A. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA

A TAL FINE DICHIARA:

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro: _____

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

da solo in famiglia in Comunità altro: _____

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> P.L.N.A.			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<input type="checkbox"/> prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/> beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/> Altro:			

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale:

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ Allega alla presente domanda:
 - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
 - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
 - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
 - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
- ❖ Dichiaro, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per le medesime tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

Modalità di pagamento

BANCA: _____ **Agenzia:** _____

Conto Corrente n°: _____ **intestato a:** _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale n°: _____ **intestato a:** _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del predetto D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il sottoscritto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario.

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data /_____/_____/_____/

Firma _____



Azienda Sanitaria Locale n. 4 – Teramo
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto

Unione di Comuni Città Territorio
Val Vibrata Sant'Omero

MODELLO DI CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

Si Certifica che il/la Sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

È affetto da una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa;
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare;
- 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;
- 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.

Data _____

FIRMA DEL SANITARIO

Allegato 1

INTERVENTI RIVOLTI ALLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA COME INDIVIDUATE ALL'ART 3 DEL DECRETO INTERMINISTERIALE DEL 26 SETTEMBRE 2016

Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente Decreto, si intendono le persone beneficiarie di indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque, definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizioni di coma, Stato Vegetativo (SP) 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 C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, 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 un 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.*

Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettera a), c), d) e) e h), sono illustrate nell'Allegato 1 al Decreto 26/09/2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizioni di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'Allegato 2 al Decreto 26/09/2016.