



Integrazione Socio Sanitaria Distretto Formia-Gaeta

SETTORE SERVIZI SOCIALI, CULTURA E AMBIENTE
SERVIZIO Integrazione Socio Sanitaria

Formia, 3 LUG. 2017

Al Ai Sindaci dei Comuni di:

- Gaeta
- Minturno
- Itri
- SS. Cosma e Damiano
- Castelforte
- Spigno Saturnia
- Ponza
- Ventotene

Oggetto: AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE "INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA"
(Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 - D.G.R. n. 104 del 7 marzo 2017)

Si chiede pubblicazione, dell'Avviso Pubblico Distrettuale in oggetto e Modello di istanza, sul sito istituzionale – Sezione Avvisi e Bandi e CISSI – da Venerdì 7 Luglio 2017 a Lunedì 21 Agosto 2017. Si resta in attesa della relata di avvenuta pubblicazione.

Certi di una vs. collaborazione, inviamo distinti saluti.



Telefono 0771 324617 - fax 0771 321541 - www.comune.formia.lt.it e-mail: integr.distrettosud@tiscali.it





Distretto Socio-Sanitario LT/5 (Formia-Gaeta)

AVVISO PUBBLICO “INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA”

(Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 - D.G.R. n. 104 del 7 marzo 2017)

SI RENDE NOTO

Vista la Legge Regionale n. 11/2016, la Regione Lazio, con DGR n. 104 del 7/03/2017, individua modalità di realizzazione di interventi di assistenza in ambito domiciliare a persone con disabilità gravissima attraverso il riconoscimento di un contributo economico (Assegno di cura, Contributo di cura), con Determinazione n. G15088 del 15/12/2016 e n. G15629 del 22/12/2016 ha ripartito assegnato e impegnato i fondi a favore degli ambiti territoriali per l'erogazione di prestazioni assistenziali domiciliari in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e con D.G.R. n. 223/2016 (così come modificata dalla D.G.R. n. 88 del 9/03/2017) definisce l'Assistenza domiciliare un insieme di prestazioni sociali rese a domicilio, finalizzate a favorire la permanenza delle persone in condizioni di necessità nel proprio ambiente, nonché ad elevare la qualità della vita delle stesse, ad evitare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione sociale.

1. BENEFICIARI

Possono presentare istanza di accesso agli interventi previsti, i cittadini residenti nei 9 Comuni afferenti al Distretto Socio-Sanitario LT/5 (Formia, Gaeta, Minturno, Itri, SS. Cosma e Damiano, Castelforte, Spigno all'Adriatico, Ponza e Ventotene) in condizione di disabilità gravissima, ivi comprese quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) come definite dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016. Ai soli fini del Decreto, si intendono in condizione di disabilità gravissima le persone beneficiarie dell'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 una delle seguenti condizioni:

- 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 ;
- persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- 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.

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalla Regione, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

2. INTERVENTI

Il presente Avviso Pubblico prevede riconoscimento di uno dei seguenti contributi economici:

- "Assegno di cura";
- "Contributo di cura".

L'"Assegno di cura" è un contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia. Il "Contributo di cura" è un contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare*, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato. Si intende per *care giver familiare la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente, o comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di se.*

2.1 "ASSEGNO DI CURA"

Gli assegni di cura, ai sensi dell'art. 25 comma 2 lett. a della L.R. 11/16, sono benefici a carattere economico o titoli validi per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati dal sistema integrato finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura dei familiari non autosufficienti. Il sostegno di natura economica è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice civile.

L'assegno di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, *componente sanitaria*;
- interventi riabilitativi sanitari a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

L'assegno di cura non viene riconosciuto o, se già attribuito, viene interrotto nei casi seguenti:

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
- trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra regione.

L'assegno di cura non è cumulabile con altri interventi di assistenza, *componente sociale*, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona.

2.1.a DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO "ASSEGNO DI CURA"

L'Assegno di cura assegnato quale sostegno economico per la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona è di *durata annuale*, sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità nell'accesso:

- L'importo minimo da erogare è di euro 800,00 mensili per ciascuna persona nelle condizioni di disabilità gravissima indicate dalle lettere da a) ad i) dell'art.3 del decreto (valutata in base alle scale ed ai criteri di cui agli Allegati al Decreto).

Tale importo può essere graduato fino ad un massimo mensile di euro 1.200,00, in sede di definizione del PAI, sulla base dei diversi interventi programmati, del contesto relazionale ed ambientale, del supporto riconducibile alla rete familiare e/o informale esistente, delle condizioni di autonomia finanziaria (economiche) oggetto di valutazione multidimensionale attraverso la scheda S.Va.M.Di (Scheda Valutazione Multidimensionale).

2.1.b CRITERI DI PRIORITA' "ASSEGNO DI CURA"

Nell'accesso all'assegno di cura, si indicano quali criteri di priorità:

- la continuità per i soggetti già presi in carico sempreché la condizione di disabilità gravissima risponda ai nuovi criteri di compromissione funzionale di cui all'art. 3 del decreto;
- l'ampliamento alla nuova utenza individuata come beneficiaria dal decreto, per la quale sussiste un preciso obbligo di inserimento nelle programmazioni regionali degli interventi ai sensi dell'art.3 comma 4 del decreto;
- la valutazione dell'ISEE per i nuclei familiari con componenti con disabilità, secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E)" e la legge 26 maggio 2016, n.89;
- l'implementazione delle ore di assistenza necessarie a seguito di rivisitazione del PAI integrato.

2.2 "CONTRIBUTO DI CURA" PER IL CAREGIVER

Il "Contributo di Cura" viene riconosciuto al caregiver familiare che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente o, comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di sé così come riconosciuto dal decreto 26 settembre 2016 art. 2 lett. b) e legge regionale n. 11/2016, all'art. 26 comma 8.

Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e deve confrontarsi costantemente, oltretutto con un referente per l'assistenza sanitaria, anche con il responsabile del PAI che diventa figura di riferimento per il caregiver. Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno

riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo; non è cumulabile con l' "Assegno di cura" di cui sopra e con altri interventi di assistenza, *componente sociale*, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali.

Il contributo di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, *componente sanitaria*;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

2.2.a IMPORTO "CONTRIBUTO DI CURA"

Il contributo di cura è riconosciuto ed erogato alla persona in condizione di disabilità gravissima nella misura di 700,00 euro mensili per l'arco temporale di un anno.

3. MODALITA' DI EROGAZIONE

Il Distretto Socio-Sanitario LT/5 corrisponderà all'utente il contributo economico previamente concordato sulla base del PAI (che sarà adeguato periodicamente in relazione all'evoluzione del caso), comprensivo di ogni onere correlato al servizio, secondo una cadenza temporale trimestrale. L'utente è tenuto a presentare, con pari cadenza trimestrale, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore, opportunamente documentate.

L' "assegno di cura" ed il "contributo di cura" verranno erogati mediante accredito su c/c in favore della persona assistita.

L'erogazione dei contributi in oggetto, a favore dei partecipanti al presente bando, è subordinata alla concessione delle relative contribuzioni da parte della Regione Lazio. Pertanto l'ammissione delle richieste di contributo non vincola il Distretto Socio-Sanitario all'erogazione dello stesso. Le richieste verranno evase nei limiti delle risorse disponibili in osservanza dei criteri di seguito indicati.

4. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di accesso all' "Assegno di cura" ed al "Contributo di cura", corredata dagli allegati richiesti, deve essere indirizzata ai Servizi Sociali dei Comuni afferenti al Distretto e dovrà pervenire entro il 21 AGO, 2011. In caso di invio a mezzo del servizio postale, farà fede il timbro di spedizione. L'istanza deve essere formulata, dal diretto interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il "Modello di istanza per la richiesta dell'assegno di cura/contributo di cura a favore di persone affette da disabilità gravissima" reperibile presso i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario LT/5, Scaricabili dal sito istituzionale del Comune capofila www.comune.formia.it e dei Comuni del Distretto Formia-Gaeta nella sezione *Bandi e Avvisi*.

5. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Al "Modello di istanza per la richiesta dell'assegno di cura/contributo di cura a favore di persone affette da disabilità gravissima" deve essere allegata la seguente documentazione:

1. certificazione medica che ne confermi e valuti la diagnosi come specificato nel punto 1 comma a, b, c, d, e, f, g, h, i.;
2. autocertificazione dello stato di famiglia (secondo il modulo prestampato allegato al Modello) con indicazione dei componenti;
3. documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
4. documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

5. Attestazione ISEE in corso di validità.

La modulistica per la richiesta dell'intervento di assistenza alla persona attraverso il riconoscimento dell'assegno di cura/Contributo di cura è predisposta e fornita dal Distretto Socio-Sanitario FORMIA-GAETA (LT/5).

6. CRITERI DI VALUTAZIONE

La valutazione delle *condizioni cliniche* del richiedente, ai fini della determinazione della gravità della patologia comportante disabilità gravissima, verrà effettuata secondo criteri clinici di carattere generale da parte del competente personale medico della ASL LT/5 – Distretto Sanitario Formia-Gaeta. A parità di condizioni cliniche, si procederà tenendo conto dell'esito della *valutazione sociale/sociofamiliare – ambientale*, sulla base dei seguenti criteri:

	Criterio	Punti	Totale																																	
1)	Situazione sanitaria		50																																	
2)	Situazione sociale:		50																																	
2.a	Condizione familiare e situazione socio-relazionale del nucleo familiare del disabile di cui:	30																																		
2.a.1	Composizione del nucleo familiare Vive solo 10; nucleo di due persone 8; nucleo di tre persone 6; nucleo di quattro persone 4 nucleo di cinque persone 2, nucleo di sei persone e oltre 0	10																																		
2.a.2	Situazione familiare del disabile Presenza altre persone disabili, anziani o minori contemporaneamente 10; Presenza altre persone disabili 6; genitori o parenti anziani o minori conviventi 4; assenza di persone disabili, anziani e minori 0	10																																		
2.a.3	Attività prestazioni socio-riabilitative, sanitarie godute dal disabile Non seguito da nessun servizio 10; già seguito da servizi sociali territoriali 6; già seguito da servizi del Piano Sociale di Zona 4; già seguito da altri servizi sociali e sanitari 0	10																																		
2.b	Condizioni socio-ambientali Nucleo che vive in luogo isolato 10; nucleo che vive nel centro urbano 6; nucleo che vive vicino a servizi e strutture 0	10																																		
2.c	Condizione economica (ISEE) <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">I.S.E.E.</th> <th>PUNTEGGIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>€ 0,00</td> <td>- € 5.000,00</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>€ 5.000,01</td> <td>- € 7.000,00</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>€ 7.000,01</td> <td>- € 9.000,00</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>€ 9.000,01</td> <td>- € 11.000,00</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>€ 11.000,01</td> <td>- € 13.000,00</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>€ 13.000,01</td> <td>- € 15.000,00</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>€ 15.000,01</td> <td>- € 17.000,00</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>€ 17.000,01</td> <td>- € 19.000,00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>€ 19.000,01</td> <td>- € 21.000,00</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OLTRE € 21.000,00</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	I.S.E.E.		PUNTEGGIO	€ 0,00	- € 5.000,00	10	€ 5.000,01	- € 7.000,00	9	€ 7.000,01	- € 9.000,00	8	€ 9.000,01	- € 11.000,00	7	€ 11.000,01	- € 13.000,00	6	€ 13.000,01	- € 15.000,00	5	€ 15.000,01	- € 17.000,00	4	€ 17.000,01	- € 19.000,00	3	€ 19.000,01	- € 21.000,00	2	OLTRE € 21.000,00		1	10	
I.S.E.E.		PUNTEGGIO																																		
€ 0,00	- € 5.000,00	10																																		
€ 5.000,01	- € 7.000,00	9																																		
€ 7.000,01	- € 9.000,00	8																																		
€ 9.000,01	- € 11.000,00	7																																		
€ 11.000,01	- € 13.000,00	6																																		
€ 13.000,01	- € 15.000,00	5																																		
€ 15.000,01	- € 17.000,00	4																																		
€ 17.000,01	- € 19.000,00	3																																		
€ 19.000,01	- € 21.000,00	2																																		
OLTRE € 21.000,00		1																																		
Totale			100																																	

7. ISTRUTTORIA E AMMISSIONE

Il Distretto Socio-Sanitario LT/5, a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate, provvederà all'istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse; curerà inoltre, attraverso il Comitato Tecnico e le UU.OO della ASL LT/5 alla successiva valutazione di merito (sociale e sanitaria) avvalendosi dell'Unità Valutativa Multidimensionale al fine di consentire gli adempimenti consequenziali. Procederà alla valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci. Il Distretto Socio-Sanitario LT/5, a seguito di acquisizione di Verbale di valutazione sanitaria da parte delle UU.OO. della ASL LT/5 e della valutazione sociale da parte dei Servizi Sociali comunali di riferimento, redigerà la graduatoria definitiva ed attiverà le procedure per l'erogazione dell'Assegno di cura/Contributo di cura secondo le modalità previste dal Piano di Assistenza Individuale (PAI).

N.B. IN ASSENZA DI CERTIFICAZIONE, OBBLIGATORIAMENTE RILASCIATA DA STRUTTURA PUBBLICA SANITARIA, DI CUI AL PUNTO 1 COMMA a, b, c, d, e, f, g, h, i NON SI PROCEDERÀ CON LA CONCLUSIONE DELL'ISTRUTTORIA.

8. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Le prestazioni e gli interventi erogati attraverso gli Assegni di cura/Contributi di cura saranno oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dei Servizi Sociali comunali di residenza del beneficiario con cadenza trimestrale al fine di monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi di cui al PAI. Tali Servizi verificheranno l'avvenuta esecuzione degli adempimenti legati all'atto di impegno sottoscritto (PAI), in particolare gli interventi domiciliari attivati e la valutazione della loro compatibilità, con l'obiettivo di tutela bio psico-fisica della persona assistita e di supporto alla famiglia; inoltre certificheranno la rendicontazione delle spese sostenute riconducibili alla gestione del rapporto di lavoro instaurato per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza, componente sociale.

A tal proposito l'utente è tenuto a presentare, al momento dell'attivazione del contributo, il contratto di assunzione del personale, obbligatoriamente con titolo di formazione, e con cadenza trimestrale, una rendicontazione delle spese sostenute opportunamente documentate.

07 LUG. 2017

Formia,



Al Comune di _____

del Distretto Socio-Sanitario FORMIA-GAETA

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)**

MODELLO DI ISTANZA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA

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

- Assegnazione dell'“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Assegnazione del “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).

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

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 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.

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 confermate la diagnosi rilasciata (obbligatoriamente rilasciata da struttura pubblica sanitaria), da _____ in data _____:

- 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) \leq 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) \geq 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 \leq 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) \geq 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) \leq 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.

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

(Allegato n. _____ al Modello di istanza)

Documento di identità in corso di validità del richiedente

(se diverso dal beneficiario del contributo)

Documento di identità in corso di validità del 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 _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, 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; i dati 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 Piano del Distretto Socio-Sanitario LT/5.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Formia, Capofila del Distretto Socio-Sanitario, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 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 all'Avviso pubblico "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima, ai sensi della DGR n. 104/2017.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

**Allegato n. 1 al Modello di istanza per Assegno di cura/Contributo di cura
per persone affette da disabilità gravissima
Distretto Socio-Sanitario LT/5**

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

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

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:
beneficiario dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per 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, 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

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	Luogo e Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, _____

Firma



COMUNE DI FORMIA

Piazza Marconi

04023 Formia (LT)

Codice Fiscale 81000270595 - Partita Iva 00087990594

PROTOCOLLO IN PARTENZA

DESTINATARIO:	ANNO 2017
SINDACO DEL COMUNE DI SPIGNO SATURNIA	NUMERO PROTOCOLLO 30954
comune.spignosaturnia@pec.it	Data 03/07/2017
SINDACO DEL COMUNE DI CASTELFORTE	Ora 12:37:54
protocollocastelforte@pec.it	Data e ora effettivi di Arrivo
SINDACO DEL COMUNE DI S.S.COSMA E DAMIANO	03/07/2017
protocollo@pec.comune.santicosmaedamiano.lt.it	12:38:06
SINDACO DEL COMUNE DI ITRI	
comune.itri@postecert.it	
SINDACO DEL COMUNE DI MINTURNO	
affarigeneraliminturno@pec.it	
SINDACO DEL COMUNE DI GAETA	
protocollo@pec.comune.gaeta.lt.it	
SINDACO DEL COMUNE DI VENTOTENE	
protocollo@pec.comune.ventotene.lt.it	
SINDACO DEL COMUNE DI PONZA	
ufficioservizidemograficiponza@pec.it	