

**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ
PER AMMISSIBILITÀ ALLA MISURA B1 (FNA 2018)**

ai sensi della DGR n.1253 del 12/02/2019

Spett. ASST di Lodi
UOC Valutazione Multidimensionale del Bisogno
Piazza Ospitale 10 - 26900 Lodi
E-mail: uovccss.lodi@asst-lodi.it
Fax: 0371-372762

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/pza _____ n° _____

in qualità di diretto interessato

oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)

Nel caso la persona affetta da gravissima disabilità versi in uno stato di impedimento permanente in

qualità di:

tutore curatore amministratore di sostegno procuratore

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore in qualità di genitore in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto,

genitore 1 _____ (nome e cognome)

genitore 2 _____ (nome e cognome)

(N.B.: nel caso responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a sottoscrivere la domanda:

in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: _____)

*(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il **modello 1** di fronte ad un pubblico ufficiale/incaricato pubblico servizio)*

del/la Sig./Sig.ra affetto/a gravissima disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codicefiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

via/p.za _____ n° _____

CHIEDE la valutazione multidimensionale

ai sensi della DGR 1253/2019 per:

- la **PROSECUZIONE** (se già in carico)
- il **RICONOSCIMENTO** (primo accesso)

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

che la persona in condizioni di gravissima disabilità:

1. è residente in Regione Lombardia da almeno due anni (dalla data di presentazione della domanda);
2. è domiciliata nel Comune di _____ (prov. _____) in via/p.za _____ n° _____
3. è beneficiaria di indennità di accompagnamento o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
4. si trova in una delle condizioni previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 2 DPCM del 27.11.2017):
(barrare la voce interessata)
 - 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 ;
 - B.** persone **dipendenti da ventilazione meccanica assistita** o non invasiva continuativa (24 ore 7 giorni su 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 fra C0/C5, di qualsiasi natura**, con livello della lesione, identificata 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**, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio ≥ 9 , Hoehn e Yahr mod in stadio 5;
 - F.** persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad 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, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.
5. necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore da parte di uno o più caregiver
6. individua come **caregiver familiare** il/la sig./ra _____ (cognome e nome)
 _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e [allegare il documento di identità](#))
7. si avvale di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale –es. ASA-, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015,.....) regolarmente assunto:
- NO
- SI, secondo una delle seguenti tipologie:
 (compilare solo la voce interessata):
- contratto di regolare assunzione con versamento contributi previdenziali per personale di assistenza assunto direttamente
- documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo (es. ente erogatore, cooperativa)
- documentazione con validità fiscale emessa direttamente dal professionista che eroga la prestazione (di assistenza tutelare)

Inoltre essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR n. 1253 del 12/02/2019 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

DICHIARA
che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:

8. FREQUENTA **servizi prima infanzia** (nido, scuola materna) NO SI
9. FREQUENTA **la scuola** (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) NO SI
10. È INSERITA in una **Unità d'offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale NO SI
 (es. *Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...*)
11. È INSERITA in una **Unità d'offerta semiresidenziale** sanitaria, socio-sanitaria o sociale NO SI
 (es. *Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna...*)
- Se SI**, per un monte ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)
12. USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:
13. **Misura RSA aperta** (ex dgr 7769/2018) NO SI
14. **sostegni DOPO DI NOI** (ex dgr 6674/2017) NO SI
 specificare la tipologia di sostegno _____
15. **misura bonus per assistente familiare** (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018) NO SI
16. **voucher anziani** al caregiver di persona non autosufficiente (ex dgr 7487/2017) NO SI
17. **misura Home Care Premium/INPS** NO SI
 specificare la tipologia di sostegno _____
18. **misura B2** (ex DGR n.1253/2019) NO SI
 specificare la tipologia di sostegno _____

19. è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere documentazione integrativa ed l'accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza;
20. è a conoscenza che l'ATS e l'ASST, ai sensi dell'art.71 del D.P.R.445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti a accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente;
21. si impegna a comunicare tempestivamente alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) qualunque variazione che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla dgr1253/2019;
22. di essere a conoscenza che in caso di non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
23. di aver preso visione dell'informativa all'utenza (modello allegato) relativa alla misura B1
24. di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedurasi precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)

PER LE DOMANDE DI PROSECUZIONE:

- **modello ISEE ordinario valido alla data di presentazione della domanda** - compreso quello corrente in caso di modifiche essenziali conseguenti ai dati reddituali -
- **certificazione medica di invarianza delle condizioni cliniche** della persona con gravissima disabilità (ATTENZIONE: in riferimento ai minori con disturbi dello spettro autistico - lettera g - è necessaria la certificazione dello Specialista se quella precedente è stata rilasciata 24 mesi prima)
- **copiadel documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante**
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- **copiadel contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza e copia del versamento contributi previdenziali**(in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
- **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale(solo in caso di frequenza di una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale)
- **modello 1** (qualora necessario)

PER LE DOMANDE DI PRIMO ACCESSO:

- **modello ISEE ordinario valido alla data di presentazione della domanda** - compreso quello corrente in caso di modifiche essenziali conseguenti ai dati reddituali -
- **copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013**
- **documentazione sanitaria specialistica**, a seconda della condizione/patologia in cui versa la persona, redatta dal medico specialista, di struttura pubblica o privata accreditata, che ha in carico l'interessato secondo quanto indicato dall'art. 2 DPCM del 27.11.2017 (sopra riportato); per le condizioni alla "lettera i" allegare alla relazione il **modello 3**
- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale dell'interessato e del dichiarante**(se diverso dall'interessato)
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza e copia del versamento contributi previdenziali** (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
- **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale(solo in caso di frequenza di una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale)
- **modello 1**(qualora necessario)
- **modello 2** comunicazione dati economici

Ed infine

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	n° _____
Comune _____	Prov. (____) CAP _____
telefono _____	cell. _____
indirizzo e-mail _____	

Luogo e data

Firma (1)

(firma del dichiarante)

(firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale)

(1) nel caso in cui la domanda riguardi un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.

Modalità di presentazione

La domanda completa, compilata in ogni sua parte e con gli allegati previsti, dovrà pervenire con una delle seguenti modalità:

1. via pec: dipartimento.ricca@pec.asst-lodi.it
2. via email: uovccss.lodi@asst-lodi.it
3. fax: 0371-372762
4. di persona: ASST LODI- UOC Valutazione Multidimensionale del Bisogno, Piazza Ospitale 10, Lodi – Padiglione Tansini, tel: 0371.374418-374449 (dal lunedì al venerdì dalle 14.30 alle 15.30).

Si ricorda che in caso di presentazione incompleta o di non presentazione della documentazione la richiesta sarà considerata inammissibile.