

DICHIARA

di trovarsi in una delle condizioni previste nell'elenco sotto riportato: (barare la voce interessata):

1. 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 ;
2. persone **dipendenti da ventilazione meccanica assistita** o non invasiva continuativa (24 ore 7 giorni su 7);
3. persone con **grave o gravissimo stato di demenza** con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
4. 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;
5. 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;
6. 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;
7. persone **con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico** ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
8. 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 ;
9. **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 .

Dichiara inoltre di :

- di beneficiare della MISURA B2 erogata dal Comune di
- di non beneficiare della MISURA

CHIEDE

per sé

per il sig. _____

la valutazione integrata a favore di persone con gravissima disabilità e in condizioni di non autosufficienza per accesso alla misura B1 –DGR 5940/16

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza di quanto previsto dalla DGR n. 5940 del 05.12.2016 rispetto ai criteri previsti per il riconoscimento della Misura B1, alle tipologie di intervento previste (Buono mensile/voucher), alle incompatibilità con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta e alla durata dell'intervento;
- che, qualora la valutazione richiesta dia seguito all'attivazione della Misura B1 (Bonus mensile/voucher), si impegna a comunicare tempestivamente all'ASST di riferimento qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del buono mensile e/o del voucher, ovvero:
 - accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie (es. RSA, RSD, CSS, Hospice)
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
 - inserimento in Unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali, con frequenza strutturata e continuativa (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE)(in questi casi l'erogazione del Buono non viene riconosciuta)
 - trasferimento della residenza della persona in altra regione(in questo caso l'erogazione del Buono viene interrotta)
 - la persona non si trovi presso il proprio domicilio sia definitivamente che temporaneamente(in questi casi l'erogazione delle due tipologie di Voucher viene sospesa);
- di essere a conoscenza che le Amministrazioni interessate, ai sensi dall'art. 71 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data ___/___/___

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Acquisite le informazioni ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il consenso al trattamento riguarda i dati "sensibili" definiti dall'art. 4 lett. d) del citato decreto come "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data ___/___/___

Firma _____

ALLEGA

(documentazione obbligatoria)

- copia della certificazione medico-specialistica con relative scale comprovanti la condizione specifica (dal n. 1 al n. 8) di cui all'elenco sopra riportato
- attestato di condizioni di dipendenza vitale (redatto dal proprio medico di medicina generale o pediatra di famiglia secondo il modello 1 allegato) se rientrante nella sola condizione n. 9 di cui all'elenco sopra riportato
- copia certificato d'invalidità o certificazione di essere istante, nelle more di essere riconosciuto invalido, se nella condizione 1 e 4 dell'elenco sopra riportato
- copia documento d'identità dell'assistito e del richiedente (se diverso)
- copia tessera sanitaria dell'assistito
- copia del decreto di nomina del tribunale (se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore)
- copia certificazione ISEE ordinaria (ovvero del nucleo familiare)
- dichiarazione di cui al modello 2 allegato (se la domanda viene presentata da familiare, in assenza di decreto di nomina)
- altra documentazione sanitaria (facoltativa)

MODELLO 1. Condizione di dipendenza vitale allegato alla domanda di valutazione integrata ai sensi della DGR n. 5940/2016 redatto dal medico di famiglia (MMG/PdF).

Il sottoscritto MMG/PdF dr. _____

SEGNALA il

Sig. _____ nato il ____/____/____

è affetto da _____
(indicare patologia principale)

con necessità di:

- assistenza continuativa (esposto a pericolo sostanziale di vita se lasciato solo);
- monitoraggio nelle 24 ore dei parametri vitali in presenza di gravissima compromissione delle seguenti funzioni:

MOTRICITÀ: dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana ADL per cui l'attività è svolta completamente da un'altra persona

STATO di COSCIENZA

- Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
- Persona non cosciente

RESPIRAZIONE

- Necessita di aspirazione quotidiana
- Presenza di tracheostomia
- Presenza di Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva) meno di 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana

NUTRIZIONE

- Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
- Combinata orale e enterale/parenterale
- Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
- Solo tramite gastrostomia (es.PEG)
- Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Note _____

Data _____

Timbro e firma del medico

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 art. 4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge e, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

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

del/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

attesta

l'impedimento del/la sig./sig.ra _____,

dovuto al suo stato di salute, a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

firma del dichiarante

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Attesto, ai sensi dell'art. 30 del D.P.R. n. 445/2000, che il/la sig./sig.ra

ha reso e sottoscritto in mia presenza la dichiarazione di cui sopra.

Luogo e data

il Pubblico Ufficiale

(nome, cognome e qualifica)