

MODELLO LETTERA "A"

Riservato all'Ufficio Prot. n. _____ del _____
--

All'Ambito Territoriale Sociale di
Agnone (IS)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2016

*"Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti
e pazienti con disabilità severa"*

Deliberazioni di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____ nato/a _____
prov. ___ il ___/___/___ residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di _____ nato/a _____ prov. ___ il ___/___/___
cognome _____ nome _____
residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2016 *"Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa"*

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1) Che il sig./sig.ra _____, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di **non autosufficienza o disabilità severa** rientrante in una delle seguenti patologie:

(a pena di esclusione: barrare una sola casella)

- a. persona 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. persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >=4;
- d. persona 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. persona 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. persona 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. persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h. persona 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. persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- 2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

- SAD disabili n. ore ___ settimanali SAD anziani n.ore ___ settimanali
- Assistenza Tutelare di Base n.ore___ settimanali Assistenza Infermieristica
- Home Care Premium (N:B: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2016) n. ore___ mensili/contributo mensile €_____.

All'uopo richiede

(a pena di esclusione, barrare una sola casella)

- servizio di assistenza domiciliare (SAD) garantito attraverso cooperativa incaricata dall'Ambito o mediante *voucher* (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un max di 14 settimanali per 52 settimane);
- contributo economico per il *care giver* nell'importo di €400,00 mensili (coloro che, pure avendo optato per tale intervento, non rientrano tra quelli che possono fruirne, sono inseriti d'ufficio tra i richiedenti l'azione di cui al punto precedente);
- rimborso quota sociale (€38,00 al giorno) per ricovero di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale, individuata dai familiari;

azioni di supporto individuale (acquisto ausili non presidi non previsti dal nomenclatore sanitario, trasporto, ecc...) il cui costo preventivamente autorizzato può essere rimborsato fino ad un max di € 3.000,00 Iva inclusa a 4%;

DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale....., c/o Comune di, Via n. , di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

- **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- **copia del Verbale della Commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- **Scala di valutazione** (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.
Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata) ;
- **Certificazione** (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, compilata dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Informativa ai sensi dell'ART. 13 D. LGS. 196/2003

1. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (di seguito ATS), del Distretto Sanitario di Agnone e della Regione Molise è finalizzato unicamente alla corretta completa formazione della verifica dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui al Programma Attuativo "Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa".

2. Modalità di trattamento

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell' art.4 lett. A T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. L'eventuale rifiuto di conferire i dati comporta l'esclusione dal concorso al Programma Attuativo in parola e l'impossibilità di partecipare alla manifestazione.

4. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati solo all'interno dei Comuni facenti parte dell'A.T.S. o da altri Enti coinvolti per le medesime finalità. I dati personali non sono soggetti a diffusione se non nei limiti di quanto previsto al precedente punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte di forze dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello Stato Italiano sia dello Stato di provenienza dell'interessato.

5. Diritti dell'interessato

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 del Codice: l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

6. Il titolare responsabile del trattamento:

Titolare del trattamento dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ATS di Agnone, nella persona del Responsabile Ufficio di Piano - ne.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

accenso

non accenso

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,
alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 dell'informativa.

Nome e cognome del richiedente _____
(firma leggibile)