

**AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE  
PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE  
DEI SERVIZI SOCIALI**

PER IL TRAMITE DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**in riferimento al BANDO PER LA DISABILITA' GRAVISSIMA**

**CHIEDE**

In qualità di :

- persona in situazione di “disabilità gravissima”;
- genitore/ familiare convivente;
- genitore/familiare non convivente;
- tutore

la concessione del contributo economico, finalizzato all'assistenza domiciliare a persone in condizioni di “disabilità gravissima”, bando aperto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, secondo il D.M. 26/09/2016 e della DGR395/21(ultime linee guida operative per le prestazioni assistenziali a disabili gravissimi), in favore di:

SIG/RA \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO RICHIESTO (SOLO UNO DEI 2)**

**Tip. 1. “ASSEGNO DI CURA”**

**Tip. 2. “CONTRIBUTO DI CURA”**

PROPONE per l'assistenza A SUO FAVORE IL seguente Caregiver :

nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

impegnato nell'attività di caregiver per circa \_\_\_\_\_ h al giorno per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali  
relazione di parentela/altro (specificare) \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46 E 47 del D.P.R. N. 445/2000 consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia,

### **DICHIARA:**

**Di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge L.11/2/1980 n. 18 o ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e di trovarsi in una o piu' condizioni di cui all'art.3 del d.m. 26 /9/2016:**

- a)  persone in condizione di coma, stato vegetativo (SV) oppure in stato di minima coscienza (SMC) e con un punteggio della scala Glosgow Coma Scale (GCS) $\leq$ 10;
- b)  persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita e 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 della 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% 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 , secondo l'allegato 2 del decreto ministeriale 26/9/2016, che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 h, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

**DICHIARA, ALTRESI':**

di non essere ricoverata/o in strutture residenziali a ciclo continuativo il cui costo è a totale carico della regione Lazio

di non fruire di alcuna prestazione assistenziale “componente sociale “

di fruire delle seguenti prestazioni assistenziali “ componente sociale ”:

<input type="checkbox"/> assegno o contributo di cura .....
<input type="checkbox"/> fruizione del servizio home care premium
<input type="checkbox"/> altro:

**SI ALLEGANO ALLA PRESENTE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI:**

1. Verbale attestante indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o dell'allegato 3 del decreto del DPCM n. 159 del 2013 .
2. Verbale di disabilità ai sensi del comma 3 art.3 legge 104/92 (solo per coloro che ne sono in possesso)
3. Certificazione/i sanitaria/e rilasciata/e da struttura/e pubblica/che convenzionata/e attestante/i la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art 3 comma 2 del decreto ministeriale 26-9-2016;
4. ISEE \* socio-sanitario del nucleo familiare con componente disabile secondo il DPCM 159/2013 e secondo la legge n 89 del 26/5/2016;
5. Autocertificazione dello Stato di famiglia e di residenza;
6. Fotocopia documento di riconoscimento del beneficiario/a;
7. Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di persona straniera extracomunitaria;
8. Copia del provvedimento di nomina del tutore ( qualora si tratti di persona con tutela )
9. Scheda care giver debitamente compilata
10. Fotocopia documento di riconoscimento del CAREGIVER. (solo per coloro che richiedono il “contributo di cura”).

**\*in attesa dell'ISEE si può presentare la DSU a prova dell'avvenuta richiesta ISEE, che comunque dovrà pervenire prima della valutazione della commissione UVM.**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA:**

di essere informato, ai sensi Regolamento (UE) n. 679/2016 che i dati personali, acquisiti con la presente istanza sono:

- Sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario del progetto al beneficio richiesto;
- Sono forniti alla commissione ASL per la valutazione della gravità e potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.

Il rifiuto del trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al beneficio richiesto.

L'ente /i al/i quale /i viene presentata l'istanza e gli interessati a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

DATA \_\_\_\_\_

Firma del richiedente, tutore, o familiare  
\_\_\_\_\_

## SCHEDA CARE GIVERS

**Il/la Sottoscritto/a** Nome e Cognome

nato a ..... il

residente in .....

Codice fiscale

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere "CAREGIVER FAMILIARE" di.....(nome e cognome dell'assistito)

nato a ..... il .....

residente in .....

domiciliato in (se diverso dalla residenza)

Codice fiscale

DICHIARA

inoltre, di essere:

o genitore

o coniuge

o convivente di fatto

o familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella)

o affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge)

o familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all' art. 33, comma 3 Legge

104/1992) e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3 , comma 3 ella Legge 104/1992 o titolare di

indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.

o altro .....

di essere caregiver da: (indicazione durata)

di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura)

Luogo e data:

Firma:

Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.

**Il/la Sottoscritto/a** Nome e Cognome

nato a ..... il

residente in .....

Codice fiscale

Oppure

**Il/la Sottoscritto/a** Nome e Cognome nominato con provvedimento del Giudice

tutela nato a..... il

residente in .....

Codice fiscale

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che il Sig./Sig.ra è il proprio caregiver familiare.

Luogo e data:

Firma:

### Sezione a cura dei servizi

Si conferma che il/la Sig./a..... è stato/a incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a, con disabilità o non autosufficienza in data .....

Contatti minimi obbligatori annuali con il referente /Case manager

Copia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto.

spazio riservato all'ufficio dei servizi sociali del comune di residenza
<b><u>VERIFICA DELLA CONFORMITA' DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AI CRITERI DI ACCESSO ALLA PREDISPOSIZIONE DELL'INTERVENTO</u></b>
<input type="checkbox"/> LA DOCUMENTAZIONE è CONFORME E COMPLETA
<input type="checkbox"/> LA DOCUMENTAZIONE NON è CONFORME E INCOMPLETA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI :
LA VERIFICA è STATA EFFETTUATA DALL'ASSISTENTE SOCIALE DOTT/SSA _____
FIRMA

<b>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CONSORTILE</b>
<b>AMMISSIBILITA DELLA RICHIESTA</b>
<input type="checkbox"/> PARERE POSITIVO
<input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI
<b>VERIFICA EFFETTUATA DAL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIALE</b>
<b>FIRMA</b> <span style="float: right;"><b>Dott.ssa FEDERICA DE SANTIS</b></span>
<b>note</b>