Al Comune di _____

All'A.S.P. di_____

Oggetto: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532 DEL 31 MARZO 2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO SUL S.O. N. 18 ALLA G.U.R.S. N. 22 DEL 26 MAGGIO 2017.

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritt__ _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445, dichiara di essere

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n°_____codice fiscale _____

tel.: _____ cell._____

e-mail _____

In qualità di familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)_____

CHIEDE PER IL

Soggetto beneficiario

del/la Sig./ra_____

nat__ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n°_____codice fiscale _____

tel.: _____ cell._____

e-mail _____

L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO, PREVISTO DALLE NORME IN OGGETTO, PREVIA VERIFICA DA PARTE DELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'A.S.P., CHE DOVRA' ACCERTARE LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART.3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 E PREVIA FIRMA DEL PATTO DI CURA IN FAVORE DEL SOGGETTO BENEFICIARIO SOPRA GENERALIZZATO.

A TAL FINE DICHIARA

☐ CHE IL BENEFICIARIO È IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104;

☐ CHE IL BENEFICIARIO È IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE CON RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO;

E RITENENDO

☐ CHE PER IL BENEFICIARIO SUSSISTONO LE CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016 IN QUANTO TROVASI IN ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI (barrare la casella interessata):

☐ A) 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) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/7gg);

☐ C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;

☐ D) 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) 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) 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) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

☐ H) con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER) <= 8;

☐ l) 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.

☐ DI IMPEGNARSI SIN DA ORA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI CURA DI CUI ALL'ALLEGATO 1 AL D.P.R. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

Allega alla presente:

☐ fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente;

☐ fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;

☐ eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore.

Allega altresì, in busta chiusa con la dicitura *"Contiene dati sensibili"*, i seguenti documenti:

☐ copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art 3 comma 3;

☐ copia (con diagnosi) della certificazione di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;

☐ certificazione medica comprovante la presenza dei requisiti di cui alla lettera l).

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19. L'interessato può far valere nei confronti dell'A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/06.

IL RICHIEDENTE

_____