



distretto "A"
Socio - Assistenziale

COMUNE
CAPOFILIA
ALATRI

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE "A"
(PROVINCIA DI FROSINONE)
L. 328/2000

Comuni di: Acuto, Alatri, Anagni, Collepardo, Filettino, Fiuggi, Guarcino, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Torre Cajetani, Trevi nel Lazio, Trivigliano, Vico nel Lazio.

Azienda Sanitaria Locale

Piazza Caduti di Nassiriya snc - 03011 ALATRI (FR)

STRUTTURA DI PIANO: TEL. 0775.448210 - FAX: 0775.448209

SEDI PUA

Distretto Sociale 0775/448211- OSP.Alatri: 0775/4385023- Polo O. Anagni 0775/7325272

e-mail: info@[distrettosocioassistenziale.org](mailto:info@distrettosocioassistenziale.org)

sito internet: www.distrettosocioassistenziale.org

COMUNE DI _____

Al Distretto Socio Assistenziale "A"
Alatri

Interventi socio assistenziali in favore di persone con disabilità gravissime ai sensi del D.M. 20.03.2013 di cui alla Determinazione Regionale n° G 15714 del 14.12.2015

Oggetto: Richiesta per interventi socio assistenziali in favore di persone con disabilità gravissime ai sensi del D.M. 20.03.2013.

Il sottoscritto /a (Nome) _____ Cognome _____
Nato/a a _____ Prov. () il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____ e-mail _____
C.F. _____ stato civile _____

In qualità di:

TUTORE

CURATORE

FAMILIARE care giver

ALTRO specificare _____

Del Sig./Sig.ra :

Cognome _____ Nome _____
Nato/ a _____ Prov. () il _____
Residente a _____ via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____ e-mail _____
C.F. _____ stato civile _____

Affetto/a da patologia _____

ai sensi dell'art.3 del D.M. 20.03.2013 come da certificazione sanitaria allegata alla presente

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio previsto dalla normativa in oggetto, nei termini e alle condizioni stabilite con la Deliberazione della Giunta Regionale e della Determinazione Dirigenziale di riferimento.

INTERVENTO RICHIESTO

Il programma di intervento prevede l'accesso **ad uno** dei seguenti programmi di aiuto alla persona :

assistenza domiciliare diretta;

assistenza domiciliare indiretta attraverso assunzione di assistenti familiari;

assegno di cura care -giver

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n445 per le ipotesi di falsità in atto e di dichiarazioni mendaci e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602:

- Che la persona per la quale si presenta istanza è affetta da _____ come da certificazione sanitaria allegata alla presente;
- Di essere a conoscenza e di accettare che in caso di ammissione al beneficio verrà predisposto un piano di intervento in favore della persona per la quale si presenta l'istanza;
- Di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in **forma indiretta**, attraverso assunzione di assistenti familiari opportunamente formati, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, con stipula di apposita polizza assicurativa RCT in favore degli stessi, sollevando il Distretto socio Assistenziale "A" da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
- Di impegnarsi a presentare, con scadenza stabilita dal Distretto, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore opportunamente documentate;
- Di essere a conoscenza che in caso di ricovero in RSA, in Hospice o ricovero di sollievo, il contributo spettante all'utente sulla base del PAI concordato viene sospeso per essere ripristinato una volta conclusasi la fase del ricovero.
- Di essere a conoscenza che il contributo mensile non potrà essere in alcun modo alternativo agli interventi sanitari domiciliari garantiti ai cittadini in base alle vigenti disposizioni normative, ed è assolutamente integrativo rispetto agli interventi socio sanitari già in atto e previsti nei PAI.
- Di autorizzare ai sensi del D.Lgs.196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento che saranno trattati anche con strumenti informatici.

ALLEGA

- 1- certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica che documenti la patologia(come da tabella allegata) ed il grado di compromissione;
- 2- certificato di invalidità;
- 3- certificazione **ISEE attestante** la situazione reddituale familiare con l'indicazione dei componenti.
- 4- certificazione ISEE ristretto solo nel caso di richiedente disabile;
- 5- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- 6- copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario;

(data) _____

In fede
Il delegato

Tabella

<p>Persone in condizione di disabilità gravissima D.M. 26 settembre 2016 Articolo 3, comma 2, lettere da a) ad i)</p>	
<p>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</p>	
<p>persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)</p>	
<p>persone con grave o gravissimo stato di demenza punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4</p>	
<p>persone 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</p>	
<p>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</p>	
<p>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</p>	
<p>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 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</p>	
<p>Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5</p>	
<p>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;</p>	
<p>Ogni altra persona 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</p>	