# Alla c.a. dell'Ufficio di Piano VT3

## MODELLO 1 – Istanza

Inoto/o o			(nom			
residente nel Comune di						
via/Piazza						
tel						
domicilio (solo se diverso da						prov
via/Piazza	nn	C	A.P			
tel						
Codice Fiscale						
in qualità di:						
beneficiario dell'ista	anza					
oppure:						
• familiare						
tutore (Decreto Tri)	bunale di		n	)		
<ul><li>tutore (Decreto Tril</li><li>amministratore di s</li></ul>					n	_)
	sostegno (Decreto T	ribunale d	i		n	_)
amministratore di saltro (specificare:	sostegno (Decreto T	ribunale d	i			
amministratore di saltro (specificare:	sostegno (Decreto T	ribunale d	i ) nome)			
amministratore di saltro (specificare:	ostegno (Decreto T	ribunale d	i ) nome)			
amministratore di saltro (specificare:	prov	ribunale d	i) nome) v			
amministratore di saltro (specificare:	prov	ribunale d (ril prov	i			
amministratore di saltro (specificare:	prov	ribunale d (ril pro	i) nome) v C.A.P		-	_
amministratore di saltro (specificare:	prov	ribunale d (r il pro n	i) nome) v C.A.P		-	_
amministratore di saltro (specificare:	prov	ribunale d (r il pro n	i) nome) v C.A.P		-	_

### **CHIEDE**

di accedere al seguente intervento previsto alla DGR n. 395/2020 (barrare una sola opzione):

assegno di cura finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite									
assunzione di un operatore qualificato ai sensi della DGR n.88/2017, scelto direttamente									
dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia;									
duli dissistito e dulia fallingila oppure av varelidosi di organizzazioni di lidavia,									
□ <u>contributo di cura</u> finalizzato a realizzare un intervento di <b>assistenza domiciliare indiretta</b> , tramite riconoscimento e supporto alla figura del <u>caregiver familiare</u> , quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.									
CHIEDE altresì									
di erogare il beneficio con le seguenti modalità (compilare solo ove si chieda assegno/contributo di cura):									
diretto al Sig./Sig.ra									
nato/a aprovil									
Codice Fiscale									
tramite accredito sul Conto Corrente [] Bancario [] Postale (n.b. escluso Libretto  Postale) (Codice IBAN 27 caratteri)									
[ ] c/o Banca/Ufficio PostaleSede/Agenzia									
<u>DICHIARA</u>									

[]di beneficiare dell'indennità di accompagnamento (legge 11 febbraio 1980, n.18) o essere non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni, ai sensi dell'art.3 del DM 26/09/2016 (barrare una o più opzioni di riferimento):

- α) 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; persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- β) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >= 4;
- χ) 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;
- δ) 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;
- ε) 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;
- φ) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

- y) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con
- $\eta$ ) QI <=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <=8;
- *t)* 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.

### **DICHIARA** altresì

- φ) che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti ha fruito / non ha fruito di interventi in favore di persone con disabilità gravissima erogati da Regione di residenza diversa dal Lazio (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- κ) che il destinatario dell'intervento **non è attualmente ricoverato** a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- λ) di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario VT3, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- μ) di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto VT3 di Viterbo, con cadenza trimestrale, idonea dichiarazione attestante la permanenza presso il proprio domicilio:
- v) in caso di accesso all'assegno di cura, di impegnarsi a produrre copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione mensile delle spese allo scopo sostenute;
- o) di essere / non essere già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- π) di **fruire** / **non fruire** del progetto INPS HCP per le seguenti prestazioni: prevalenti / integrative / entrambe (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- θ) di fruire / non fruire dei seguenti interventi di assistenza domiciliare integrata (componente sanitaria) e/o interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare erogati dalla ASL di Viterbo (cancellare l'ipotesi che non ricorre):
- ρ) di fruire / non fruire dei seguenti interventi di assistenza domiciliare diretta o indiretta (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale VT3 (cancellare l'ipotesi che non ricorre)
- σ) di fruire / non fruire degli interventi previsti nella misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con Disturbi dello Spettro Autistico (L. R. 7/2018 e relativi provvedimenti di attuazione) (cancellare l'ipotesi che non ricorre):
- τ) che il **caregiver** familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (barrare solo in caso di richiesta di contributo di cura);

#### **ALLEGA**

- v) [] Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- **ω**)[] Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento; [] Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
- **ω)**[] Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
- ξ) [] Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario del contributo;

,,,,,	documento di identità in corso di validità e del coesta di contributo di cura);	odice fiscale del caregiver (solo in
	codice IBAN del beneficiario del contributo (esclus	so libretto postale);
•,	ertificazione dello stato di famiglia del beneficiario	- 1
	CHIEDE	
Che eventuali comunicazio Sig./Sig.ra	oni siano inviate al seguente recapito:	
Via / Piazza	n. Comune	CAP
Tel.*	E-mail*	
n.445/2000 in caso di dich eventualmente conseguent preso visione dell'Avviso	le delle responsabilità penali a cui può andare iarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, i alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 pubblico relativo alla presente istanza, di accettare ti i requisiti di ammissibilità richiesti.	nonché della decadenza dai benefici del suddetto DPR, <u>dichiara di aver</u>
Luogo e data		Firma del richiedente

### INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Viterbo nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Viterbo ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale VT3

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Viterbo, Capofila del Distretto Sociale VT3; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore, dr. Romolo Massimo Rossetti.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n 329/2020.

Firma del richiedente

Luogo e data \_

### **AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ( <i>cogn</i>	nome)									(nome	?)					
nato/a a						_prov.			il							
Codice fiscale													-			
[																
in qualità di					!	!	!		ļ	!					-	
beneficiario dell'is	stanza	a ner	inte	rventi	i in	favor	e di	nerse	one a	affette	da	disal	oilità			
gravissima richiede		_				14 / 01	C GI	pers		1110000	du	aisac	)IIItu			
								(n	oma)							
nato a	(nome)ili															
Codice fiscale						pr	JV				1	1				
		1	1	1		1				I			1		1	
L																
conseguenti alla prese che lo stato di famiglia	a del	sig./	della	sig.ra	]	DICH	IIAR.	4								
residente in Via/Piazz	a													1	1	
	azzann															
è il seguente:																
Cognome e nome	Luogo di nascita				Data di nascit			ta		Ra	ppor	pporto di parentela				
							+					+				
							+					-				
		1					+					+				
							$\top$					1				
Luogo e data									Fi	irma d	lel ric	hiede	nte			