**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

**A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ**

**PER AMMISSIBILITÀ ALLA MISURA B1 (FNA 2018)**

***ai sensi della DGR n. 1253 del 12/02/2019***

**Spett.**

**ASST ………………………………….**

**…………………………………………**

**…………………………………………**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via/pza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_

* in qualità di diretto interessato

**oppure**

*(da compilarsi fino a “CHIEDE” solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato**barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)*

***Nel caso la persona affetta da gravissima disabilità versi in uno stato di impedimento permanente*** in qualità di**:**

 tutore  curatore  amministratore di sostegno  procuratore

indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore*** ***in qualità di genitore in possesso della responsabilità genitoriale:***

* in via esclusiva
* in modo congiunto,

genitore 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

genitore 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

*(N.B.: nel caso responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)*

***Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a sottoscrivere la domanda:***

* in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell’art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il* ***modello 1*** *di fronte ad un pubblico ufficiale/incaricato pubblico servizio)*

**del/la Sig./Sig.ra affetto/a gravissima disabilità**:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_ ) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE la valutazione multidimensionale**

ai sensi della DGR 1253/2019 per**:**

 la **PROSECUZIONE** (se già in carico)

 il **RICONOSCIMENTO** (primo accesso)

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

**DICHIARA**

**che la persona in condizioni di gravissima disabilità**:

1. è residente in Regione Lombardia da almeno due anni (dalla data di presentazione della domanda);
2. è domiciliata nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_) in

via/p.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. è beneficiaria di indennità di accompagnamento o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n. 159/2013
2. si trova in una delle condizioni previste nell’elenco sotto riportato (ex art. 2 DPCM del 27.11.2017):

*(barrare la voce interessata)*

* **A.** 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;
* **B.** persone **dipendenti da ventilazione meccanica assistita** o non invasiva continuativa (24 ore 7 giorni su 7);
* **C.** persone con **grave o gravissimo stato di demenza** con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
* **D.** persone con **lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura**, con livello della lesione, identificata 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.** persone con **gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare**, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9, Hoehn e Yahr mod in stadio 5;
* **F.** persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad 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.** 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<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;
* **I.** ogni altra persona **in condizione di dipendenza vitale** che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.
1. necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore da parte di uno o più caregiver
2. individua come **caregiver** **familiare** il/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare il

documento di identità)

1. si avvale di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale –es. ASA-, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015,..…) regolarmente assunto:
* NO
* SI, secondo una delle seguenti tipologie:

*(compilare solo la voce interessata)*:

* contratto di regolare assunzione con versamento contributi previdenziali per personale di assistenza assunto direttamente
* documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo (es. ente erogatore, cooperativa)
* documentazione con validità fiscale emessa direttamente dal professionista che eroga la prestazione (di assistenza tutelare)

Inoltre essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR n. 1253 del 12/02/2019 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d’offerta

**DICHIARA**

**che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente**:

1. FREQUENTA **servizi prima infanzia** (nido, scuola materna)  NO  SI
2. FREQUENTA la **scuola** (tutti i gradi fino alla scuola media superiore)  NO  SI
3. È INSERITA in una **Unità d’offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale  NO  SI

*(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, …)*

1. È INSERITA in una **Unità d’offerta semiresidenziale** sanitaria, socio-sanitaria o sociale  NO  SI

*(es. Centro Diurno per* *Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo)*

**Se SI**, per un monte ore settimanale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (come da dichiarazione della struttura)

1. USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:
2. **misura** **RSA aperta** (ex dgr 7769/2018)  NO  SI
3. **sostegni DOPO DI NOI** (ex dgr 6674/2017)  NO  SI

specificare la tipologia di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **misura bonus per assistente familiare** (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018)  NO  SI
2. **voucher anziani** al caregiver di persona non autosufficiente(ex dgr 7487/2017)  NO  SI
3. **misura Home Care Premium/INPS**  NO  SI

specificare la tipologia di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **misura B2** (ex DGR n. 1253/2019)  NO  SI

specificare la tipologia di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. è consapevole del fatto che l’effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere documentazione integrativa e l’accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza;
2. è a conoscenza che l’ATS e l’ASST, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l’eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l’eventuale segnalazione all’Autorità giudiziaria competente;
3. si impegna a comunicare tempestivamente alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) qualunque variazione che implichi la sospensione o l’interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla dgr 1253/2019;
4. di essere a conoscenza che in caso di non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l’istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
5. di aver preso visione dell’informativa all’utenza (modello allegato) relativa alla misura B1
6. di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l’Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell’istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all’attività dell’Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l’archiviazione dei dati avverrà mediante l’utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

* Operatori degli Uffici dell’ASST afferenti all’ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale;
* Operatori degli Uffici dell’ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale dell’Ente;
* Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l’erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
* Società, Enti/Aziende che, per conto dell’ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all’esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
* soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
* operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell’ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all’integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
* suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

**ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono* ***obbligatori*** *per l’accoglimento della domanda)*

*PER LE* ***DOMANDE DI PROSECUZIONE****:*

* **modello ISEE ordinario valido alla data di presentazione della domanda** - compreso quello corrente in caso di modifiche essenziali conseguenti ai dati reddituali -
* **certificazione medica di invarianza delle condizioni cliniche** della persona con gravissima disabilità (ATTENZIONE: in riferimento ai minori con disturbi dello spettro autistico - lettera g – è necessaria la certificazione dello Specialista se quella precedente è stata rilasciata 24 mesi prima)
* **copia del documento d’identità in corso di validità e del codice fiscale** **del dichiarante**

 (si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)

* **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza e copia del versamento contributi previdenziali** (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
* **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monteore settimanale (solo in caso di frequenza di una Unità d’offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale)
* **modello 1** (qualora necessario)

*PER LE* ***DOMANDE DI PRIMO ACCESSO****:*

* **modello ISEE ordinario valido alla data di presentazione della domanda** - compreso quello corrente in caso di modifiche essenziali conseguenti ai dati reddituali -
* copia **del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o** della **dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n. 159/2013**
* **documentazione sanitaria specialistica,** a seconda della condizione/patologia in cui versa la persona, redatta dal medico specialista, di struttura pubblica o privata accreditata, che ha in carico l’interessato secondo quanto indicato dall’art. 2 DPCM del 27.11.2017 (sopra riportato); per le condizioni alla “lettera i” allegare alla relazione il **modello 3**
* **copia del documento d’identità in corso di validità e del codice fiscale dell’interessato** e **del dichiarante** (se diverso dall’interessato)

 (si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)

* **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza e copia del versamento contributi previdenziali** (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
* **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monteore settimanale (solo in caso di frequenza di una Unità d’offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale)
* **modello 1** (qualora necessario)
* **modello 2** comunicazione dati economici

Ed infine

**CHIEDE**

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano con:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data Firma (1)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma dell’altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale)

1. nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.