

.....

Oggetto: Istanza per l'ammissione ai "Progetti assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima".

Soggetto richiedente

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ prov. _____ Via _____ n° _____

tel. _____ C.F. _____

e-mail _____

In qualità di:

- genitori (entrambi richiedenti) o chi esercita la potestà
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

CHIEDE PER IL SOGGETTO CON DISABILITÀ

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il _____

stato civile _____

residente in _____ prov. _____ Via _____ n° _____

tel. _____ C.F. _____

e-mail _____

titolo di studio _____

attività lavorativa _____

l'ammissione ai "Progetti assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima", per gli ambiti definiti.

A TAL FINE DICHIARA

(ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

- che il beneficiario è in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 Legge n.104/92;
- che per il beneficiario sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016 in quanto trovasi in almeno una delle seguenti condizioni (barrare quella 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 Dementia Rating Scale CDRSP>=4;
- D) con lesioni spinali fra CO/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A e 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 <= ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) e 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 herz 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;
- I) in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per l'accesso ai Progetti assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima di accettarne le condizioni;

- di abitare in casa di proprietà;
- di abitare in casa in affitto
- con mutuo;
- di abitare in alloggio popolare;
- di essere inserito in strutture residenziali;
- di essere inserito in strutture semiresidenziali;
- di essere seguito e preso in carico dal servizio sociale
- di fruire di servizi di assistenza da parte di Enti Pubblici (specificare quali):

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni.

Allega alla presente:

- 1) copia documento di identità del beneficiario;
- 2) copia documento di identità del richiedente;
- 3) copia eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato
- 4) fotocopia del verbale di indennità di frequenza o di accompagnamento;
- 5) autocertificazione del richiedente che attesti che i documenti sono conformi all'originale;
- 6) ISEE;

7) accettazione dei criteri di valutazione stabiliti nell'Avviso.

Allega altresì in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili"

8) relazione clinica aggiornata al 2015/16, redatta da specialista di struttura pubblica, inerente alla patologia dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico-riabilitativi;

9) copia del provvedimento che riconosce l'accompagnamento.

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE