

CHIEDE

- di accedere ai benefici della **misura B1**
- di accedere ai benefici alla **misura integrativa**

e, 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;
- consapevole che l'accesso alla graduatoria è subordinato alla completezza della domanda e della documentazione richiesta per la valutazione;

DICHIARA

che la persona in condizioni di gravissima disabilità:

1. è residente nel Comune di _____ nel territorio dell'ASST afferente alla ATS della Montagna;
2. è beneficiaria di indennità di accompagnamento o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
3. è affetta da _____
(indicare la diagnosi/patologia che comporta la disabilità gravissima)
4. necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore da parte di uno o più familiari/caregiver come di seguito elencati:

Caregiver 1: **Convivente** **Non Convivente**
Familiare **NO** **SI, grado di parentela** _____
Cognome _____ Nome _____

Caregiver 2: **Convivente** **Non Convivente**
Familiare **NO** **SI, grado di parentela** _____
Cognome _____ Nome _____

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR 7856 del 12/02/2018 per il riconoscimento della Misura B1, delle incompatibilità di questi benefici con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

DICHIARA

5. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
 - NON È INSERITA in una **Unità d'offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, misura residenzialità per minori con gravissima disabilità)
oppure
 - È INSERITA in una **Unità d'offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, misura residenzialità per minori con gravissima disabilità) presso _____
 - ricovero definitivo
 - ricovero temporaneo dal _____ al _____
6. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
 - NON È INSERITA in una **Unità d'offerta semiresidenziale** socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE)
oppure
 - È INSERITA in una **Unità d'offerta semiresidenziale** socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE) presso _____ per un monte ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura qui allegata)

7. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
- NON È IN CARICO ad altre misure (es. dgr 7769/2018 **RSA aperta**)
oppure
- È IN CARICO ad altre misure (es. dgr 7769/2018 **RSA aperta**) specificare quale _____
-
8. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
- NON USUFRUISCE i sostegni DOPO DI NOI (ex dgr 6674/2017)
oppure
- USUFRUISCE i sostegni DOPO DI NOI (ex dgr 6674/2017) specificare quale _____
-
9. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
- NON È IN CARICO alla misura B2
oppure
- È IN CARICO alla misura B2 specificare per quali interventi _____
10. di essere consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere la richiesta di documentazione e/o un accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza.
11. di essere a conoscenza che l'ATS della Montagna e l'ASST di residenza 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;
12. di essere consapevole che l'erogazione del Buono Misura B1 **si interrompe** nei seguenti casi:
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - inserimento in Unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali, con frequenza strutturata e continuativa (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE);
 - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
 - sostegni DOPO DI NOI laddove la DGR n. 6674/2017 non preveda la compatibilità.
 - in caso di trasferimento della residenza della persona in altra regione l'erogazione del Buono viene interrotta.
 - Decesso del beneficiario
13. che l'erogazione delle **due tipologie di Voucher sociosanitario** viene sospesa in tutti i casi nei quali la persona non si trovi presso il proprio domicilio sia definitivamente che temporaneamente.
14. che Il **Buono della Misura integrativa regionale** si interrompe nei seguenti casi:
- dimissione dalla Misura B1 della persona disabile gravissima;
 - il figlio minore compie 18 anni e non è studente;
 - il figlio studente compie 25 anni;
 - risoluzione del contratto di assunzione del personale di assistenza.
15. di impegnarsi, a seguito di riconoscimento della Misura B1 (contributo mensile/voucher/misura integrativa), a comunicare tempestivamente all'ASST di riferimento qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del buono mensile e/o del voucher, secondo i casi sopra descritti;
16. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura

ALLEGA

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

- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dell'assistito e del richiedente** (se diverso)
si ricorda che in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento**
- Modello ISEE ORDINARIO (DEL NUCLEO FAMILIARE) valido alla data di presentazione della domanda** attestante la condizione socio economica .
- 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 la tabella sottostante:

condizione/patologia	documentazione specialistica
persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)	scheda diagnosi con descrizione punteggio Glasgow Coma Scale (≤ 10)
persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24h/7gg)	certificazione di dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continua 24h/7gg
persone con grave o gravissimo stato di demenza	certificazione con diagnosi e Clinica' Dementia Rating Scale (≥ 4)
persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura	certificazione con diagnosi e scala ASIA Impairment Scale (grado A o B)
persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare	certificazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con almeno una delle seguenti scale: <ul style="list-style-type: none"> • Medical Research Council (≤ 1 ai 4 arti) • Expanded Disability Status Scale (≥ 9) • Hoehn e Yahr mod (stadio 5)
persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva e ipoacusia	<ul style="list-style-type: none"> • certificazione oculistica attestante 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 • certificazione ORL l' 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
persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico	certificazione con diagnosi e con classificazione del DSM-5 con indicazione del livello di gravità (livello 3)
persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo	certificazione con diagnosi e con la classificazione DSM-5 e QI (≤ 34) e Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardation (≤ 8)

- DICHIARA CHE LA PERSONA È IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE:**

<p>COMPROMISSIONE NEI SEGUENTI DOMINII::</p> <ul style="list-style-type: none"> a. motricità; b. stato di coscienza; c. respirazione; d. nutrizione <p>che necessiti inoltre di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.</p>	<p>Valutazione verrà effettuata dall'Equipe dell'ASST di residenza</p>
--	--

- altra documentazione sanitaria:** (specificare) _____
- copia permesso di soggiorno in corso di validità** - in caso di cittadino non comunitario
- “Comunicazione dati economici”**
- “Dichiarazione aggiuntiva per l'accesso alla Misura Regionale Integrativa”** – solo in caso di

richiesta della misura integrativa

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 esercente la potestà genitoriale)

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

DICHIARAZIONE AGGIUNTIVA PER L'ACCESSO ALLA MISURA REGIONALE INTEGRATIVA

ai sensi della DGR 7549 del 18/12/2017

Le persone riconosciute in gravissima disabilità ai sensi della D.G.R. 7856/18 possono accedere anche alla Misura integrativa prevista dalla DGR 7549/17 in presenza di **entrambi i seguenti requisiti:**

- un figlio minore o un figlio con età inferiore ai 25 anni studente;
- un ISEE familiare ≤ 50.000 euro (aggiornato al 2018).

Il dichiarante _____ in qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero nel caso la persona sia in stato di impedimento cognitivo permanente e/o fisico, in qualità di:

FAMILIARE grado di parentela: _____

TUTORE nominato con decreto n° _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n° _____ del _____

ALTRO (specificare) _____

ai fini della richiesta della misura regionale integrativa alla misura B1
(dgr 7549/2017)

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e 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

1. che la **famiglia convivente** è composta come risulta dal seguente prospetto:

n°	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela	STUDENTE (da compilare solo per i figli)
1					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

2. di avvalersi di **personale di assistenza** secondo una delle seguenti tipologie di contratto (*compilare solo la voce interessata*):
- a) contratto di assunzione del/la sig./sig.ra _____
(C.F. _____) stipulato in data ___/___/___ per un totale di _____ ore/settimanali
 - b) contratto con l'ente (*nome società*) _____
sottoscritto in data ___/___/___ per un totale di _____ ore/settimanali
 - c) accordo/contratto con un libero professionista per un totale di _____ ore/settimanali con fatturazione mensile
 - d) altre forme di contratto (*specificare*) _____
3. di essere a conoscenza che l'ATS e l'ASST di residenza, 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;
4. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura;
5. di essere a conoscenza che la domanda sarà accolta, e quindi, avrà validità solo se completa di tutta la documentazione a sostegno dei requisiti.

Pertanto

ALLEGA

(*barrare le voci interessate*)

- Attestato di frequenza scolastica per il/i figlio/i maggiorenne/i studente/i
- copia contratto/fattura relativa al personale di assistenza
- altra documentazione attestante i requisiti

La/Il dichiarante

Luogo e data _____

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n°445/2000 art. 4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art.4 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov _____ via _____ n. _____

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) del sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov _____ via _____ n. _____

Attesta l'impedimento del Sig./ra _____ dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

_____ lì _____
Luogo data

firma estesa leggibile

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Attesto ai sensi dell'art. 30 del D.P.R. 445/2000, che il sig./ra _____
Ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Il Pubblico Ufficiale

_____ lì _____
Luogo data

nome e cognome e qualifica

INFORMATIVA ALL'UTENZA
DECRETO LEGISLATIVO N. 196, 30 GIUGNO 2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Gentile Utente,

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice), che i dati personali da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge e per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività dell'Azienda. I dati stessi potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

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

La informiamo inoltre che i dati forniti non verranno da noi diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice:

- agli Operatori degli Uffici dell'ATS della Montagna e dell'ASST di residenza, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda;
- ai soggetti pubblici e privati che, per conto dell'ATS della Montagna e dell'ASST di residenza:
 - ✓ forniscano specifici servizi elaborativi,
 - ✓ svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Azienda,
 - ✓ svolgano attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
 - ✓ possano accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

Si precisa che, per trattare i soli dati che hanno natura "sensibile", è necessario il Suo consenso scritto che verrà acquisito dagli Uffici preposti al momento della Sua richiesta di prestazione. Sono da considerarsi "dati sensibili" i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/03, che per facilità di consultazione viene riprodotto integralmente, rivolgendosi al Titolare del trattamento di seguito riportato:

Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi dei titolari, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI.

Il sottoscritto _____ acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data _____ Firma _____

Considerato che il sig. /la sig.ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____

- familiare
- amministratore di sostegno
- tutore

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data _____ Firma _____