

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2017**  
**"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"**  
Deliberazione di Giunta Regionale n. 239 del 24.05.2018

Il/la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:  
(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2017 "**Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio**".

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

1) che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di **non autosufficienza o disabilità severa** rientrante in una delle seguenti patologie:

**(CONTRASSEGNARE CON UNA X LA PATOLOGIA DI APPARTENENZA PREVALENTE)**

- a.** persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
- b.** persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c.** persona con grave o gravissimo stato di demenza, ivi inclusa quella affette dal morbo di Alzheimer, con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d.** persona 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;

- e.** persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
  - f.** persona 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;
  - g.** persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
  - h.** persona 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)  $\leq 8$ ;
  - i.** persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche;
- 2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

- 3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:
- 
- 
- 

**ALL'UOPO RICHIEDE:**

**(CONTRASSEGNARE CON UNA X UN SOLO INTERVENTO)**

- sostegno economico**, dell'importo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, garantito attraverso trasferimenti monetari **per l'acquisto da cooperative o soggetti accreditati di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano personalizzato**. (La soglia minima di ore garantite per gli interventi sociali è di n. 8 ore e la massima di n. 14, per n. 52 settimane. Concorrono al raggiungimento del numero delle ore assicurate le prestazioni rese nell'ambito dei Servizi di Assistenza Domiciliare Comunale e l'Assistenza tutelare di base; non concorrono le ore assicurate dall'Home Care Premium);
- contributo per il caregiver**, con la corresponsione di un sostegno economico, **dell'importo mensile di 400,00 euro** ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza;
- contributo per il caregiver attraverso la corresponsione di un sostegno economico** da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, **per le persone affette**

**da sclerosi laterale amiotrofica** secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 9 gennaio 2012, n. 7; (Per i pazienti di cui ai nn. 1, 2 e 3, in caso di ricovero in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate, l'erogazione del contributo deve essere interrotta);

- ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali**, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, con l'onere della quota sociale fino ad un massimo di 38,00 euro al giorno, a carico della Regione per un periodo continuativo nel corso dell'anno di n. 15 giorni o azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, **il cui costo preventivamente autorizzato, può essere rimborsato fino ad un massimo di 3.000,00 euro, comprensivo di IVA**. In caso di costo superiore il beneficiario deve farsi carico della spesa non coperta dal contributo.

#### **DICHIARA ALTRESÌ:**

- a) **di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico emanato dall'Ambito Territoriale Sociale di Isernia e nella Deliberazione di G.R. n. 239 del 24.05.2018;**
- b) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di ISERNIA, c/o Comune di ISERNIA, Piazza Marconi n. 1, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di ISERNIA, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- d) di essere a conoscenza che l'ATS di ISERNIA, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'Assistente Sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

#### **SI ALLEGANO:**

1. **copia dei documento d'identità in corso di validità del paziente e del suo care giver;**
2. **copia del Verbale della Commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;**

- scala di valutazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) ed h), tutte debitamente firmate, datate** (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione dell'avviso) **e con l'apposizione del timbro del medico certificatore**. Dette scale, i cui modelli sono allegati all'Avviso, devono essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);

- certificazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g) ed i) attestante la gravità della patologia di appartenenza. Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà tenere conto dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto interministeriale del 26 settembre 2016; dette certificazioni dovranno essere effettuate dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.**

- altro (specificare)** \_\_\_\_\_

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**

## INFORMATIVA DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 679/2016

Gentile Signore/a,

desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e sue successive modifiche ed integrazioni, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità di cui all'Avviso Pubblico per la presentazione della domanda di ammissione al programma regionale FNA 2017;
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:  manuale  informatizzato  altro
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della gestione della domanda di accesso di cui al succitato Avviso Pubblico;
4. I dati resi ai fini della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso Pubblico saranno comunicati al Servizio competente della Regione Molise, all'ASReM, nonché ai soggetti realizzatori dei servizi e degli intereventi assistenziali previsti;
5. I dati resi ai fini della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso Pubblico annoverano anche i *cd* dati *sensibili* riguardanti lo stato di salute. Il conferimento dei predetti dati sensibili è obbligatorio ai fini della gestione della domanda di accesso di cui al succitato Avviso Pubblico, e saranno comunicati, fermo restando la previsione di cui all'articolo 26 comma 5 del D.Lgs. 196/2003, per gli adempimenti gestionali esclusivamente al Servizio competente della Regione Molise, all'ASReM, nonché ai soggetti realizzatori dei servizi e degli intereventi assistenziali previsti, nonché trattati con modalità manuali e informatizzati;
6. Il titolare del trattamento è il Comune di Isernia nella sua qualità di Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Isernia;
7. Il responsabile del trattamento è il Dirigente dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale di Isernia, dr. Antonello Incani, con sede presso il Comune di Isernia (Ente Capofila) p.zza Marconi 86170 Isernia (IS);
8. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, con richiesta scritta inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata [ambitosociale.isernia@pec.it](mailto:ambitosociale.isernia@pec.it) o a mezzo posta all'indirizzo Comune di Isernia, p.zza Marconi 86170 Isernia (IS).

Art. 7 del D.Lgs. 196/03 e degli artt. 15 e 22 Regolamento UE n. 679/2016-

### 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 del titolare, 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;
- b) 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.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto

nato a  il  CF

Residente a  Via  n.

Tel.  Cell.

alla luce dell'informativa che precede ed ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 e sue successive modifiche ed integrazioni

**esprime il consenso**  **NON esprime il consenso** al trattamento dei propri dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprime il consenso**  **NON esprime il consenso** alla comunicazione dei propri dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

**esprime il consenso**  **NON esprime il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali così come indicati nell'informativa allegata

Letto, confermato e sottoscritto

, li

---

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)