

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: Richiesta contributo per l'attivazione di interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima. DGR n. 21/22 del 04.06.2019**

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_

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

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di :

- beneficiario
- familiare/amministratore di sostegno/ tutore di:

(*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_

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

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n° 21/22 del 04.06.2019 finalizzato all'attivazione di interventi a favore di persone in condizione di "Disabilità Gravissima" (art. 3 del D.M. 26/09/2016) attraverso l'acquisto di servizi resi a terzi o l'attività di cura resa dal care giver (art.2 lett. B D.M. 26.09.2016)

**A TAL FINE DICHIARA**

- Che la persona per la quale si richiede l'accesso al contributo è beneficiaria dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n.18, o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013;
- Di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:
  - 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 (24/7);
  - 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 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) Persone 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;
  - f) 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;
  - 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  $\leq$  34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq$  8;
  - i) 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 (descritta al punto 3 “DESTINATARI” del bando).
- Di essere beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza (*specificare quali*):
  - Piano Personalizzato L.162/98 con scheda salute 2018 gestione 2019 con punteggio pari a \_\_\_\_\_;
  - Progetto Ritornare a Casa;
  - Leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e/o rimborso quote sociali (*specificare quali* \_\_\_\_\_);

- Di non essere beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza (piano personalizzato L.162/98, ritornare a casa, leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e rimborso quote sociali);
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di essere consapevole che le persone, le quali nell'ambito del progetto "Ritornare a casa", già usufruiscono del contributo per la disabilità gravissima (di cui alla Delib.G.R 70/13 del 29/12/2016) e il contributo di potenziamento dell'assistenza incrementato della quota per la disabilità gravissima (di cui alla Delib. G.R 56/21 del 20.12.2017) non potranno usufruire del presente contributo economico ma dovranno comunque produrre la suddetta documentazione;
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di essere consapevole che il contributo economico non è inoltre riconoscibile alle persone inserite in strutture residenziali per un periodo superiore ai quindici giorni.
- Che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- Di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione di ricovero di sollevo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

**Allega alla presente:**

- 1) Il verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'art.3 DPCM n.159 del 2013;
- 2) La certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dal decreto ministeriale;
- 3) l'ISEE SOCIO SANITARIO 2019;
- 4) Scala CIRS e BARTHEL per coloro che rientrano nella condizione indicata alla lettera i) di cui al punto 3 "destinatari" del bando, compilate dal medico specialista di riferimento;
- 5) Fotocopia carta d'identità del richiedente e/o del beneficiario e tessera sanitaria;
- 6) Informativa privacy;

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.Lgs n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

---