

**Oggetto : INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA  
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)**

**ISTANZA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ (Obbligatorio) cell. \_\_\_\_\_

- **In qualità di:** Genitore \_\_\_\_\_  
Altro familiare (specificare) \_\_\_\_\_

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
che versa in stato di disabilità gravissima

**Chiede per l'annualità 2018**

- l'assegnazione dell'“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- l'assegnazione del “Contributo di cura” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *caregiver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

**A tal fine allega**

- 1 Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (mod. A).
- 2 Autocertificazione del caregiver attestante lo stato di convivenza con la persona affetta da disabilità gravissima – solo per chi presenta domanda per il “contributo di cura” (mod. B).
- 3 Certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 redatta da un medico specialista (mod. C).
- 4 Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (domanda di “Assegno di Cura”).
- 5 Copia della certificazione medica attestante l'invalidità civile e L. 104/92 art. 3 comma 3.
- 6 Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.
- 7 Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.
- 8 Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di persona straniera extracomunitaria.
- 9 Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente ) **in corso di validità**, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E)” e la legge 26 maggio 2016, n.89.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di cura o contributo di cura e di essere consapevole che il beneficio decade in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**AUTOCERTIFICAZIONE DEL CAREGIVER**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ (obbligatorio) cell. \_\_\_\_\_

**in qualità di caregiver**

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che versa in condizione di disabilità gravissima, per conto del/della quale percepirà il contributo regionale erogato dal Comune di Tivoli in qualità di capofila del Distretto RM5.3, chiede che:

l'accredito dell'assegno/contributo di cura e sostegno per persone affette da disabilità gravissima, annualità 2018, avvenga sul c/c:

- Postale n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_
- Bancario n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**Il Dichiarante**

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

Si dichiara inoltre che l'eventuale contributo economico riconosciuto è vincolato, ai sensi del decreto sulla trasparenza (DLgs n. 33/2013 artt. 26 e 277) e alle indicazioni tecniche fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, alla pubblicazione sul sito Amministrazione Trasparente del Comune di Tivoli e nella sezione Albo Pretorio on-line del sito istituzionale, dei propri dati e dell'importo del contributo assegnato.

**Il Dichiarante**

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

### DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 5.3

#### CERTIFICAZIONE SANITARIA DELL'UTENTE (A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA)

##### Preso atto che:

I destinatari dell'intervento sono le persone con gravissima disabilità che necessitano di un sostegno intenso ed integrato a livello domiciliare per vedere assicurate le funzioni vitali (respirazione, nutrizione, evacuazione/minzione), le funzioni primarie (cura del sé come alzarsi, lavarsi, muoversi nello spazio circostante...), la vita di relazione (cura e gestione dell'ambiente di vita).

Le persone in condizione di disabilità gravissima, non autosufficienti e/o in condizione di dipendenza vitale, ivi comprese quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica o da forma grave di Alzheimer, sono definite in maniera dettagliata dall'art.3 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016, il quale al comma 2 cita:

*“Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno 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)  $\leq 10$ ;*

*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)  $\geq 4$ ;*

*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.*

*Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2 lettere a), c), d), e), e h), sono illustrate nell'allegato 1 del decreto 26.09.2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2 lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'allegato 2 dello stesso decreto. Nel caso la condizione di cui al comma 2, lettere a) e d), sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalle regioni ai sensi del presente articolo, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.*

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ certifica con la presente che il/la Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ e domiciliato presso \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

è affetto da condizione di disabilità gravissima ai sensi del D.M. 26 settembre 2016, art.3 comma 2, lettere da a) a d), secondo la scheda di seguito riportata e le relative scale di valutazione debitamente compilate che si allegano alla presente, e secondo quanto riportato nella relazione redatta qui di seguito.

**N.B.** Nei casi in cui le scale non siano somministrabili si prega di certificare in maniera dettagliata, nella relazione da produrre, il gravissimo stato di compromissione delle funzioni vitali del paziente:

<b>Persone in condizione di disabilità gravissima D.M. 26 settembre 2016 Articolo 3, comma 2, lettere da a) ad i)</b>	Nome assistito .....
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	
persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)	
persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4	
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	
persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod	
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	
persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5	
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;	
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	

Lo specialista deve sempre barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato.



## Ulteriori dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo, **DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO**, nonché:

- di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico per la concessione dell'assegno/contributo economico destinato alle persone affette da disabilità gravissima, di cui al Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017, e di impegnarsi a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n°109 e art. 6 – comma 3 – del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni e della possibilità di decadenza dal beneficio.

**Il Dichiarante**

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

\_\_\_\_\_