

DICHIARA

di trovarsi in una delle condizioni previste nell'elenco sotto riportato:
(Barrare la voce interessata)

ELENCO CONDIZIONI CLINICHE DI CUI ALL'ART 2 DEL DPCM DEL 27.11.2017

- 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 ore 7 giorni su 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 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 ≤ 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;
- f) persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad 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) ≤ 8 ;
- i) **ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale** che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Dichiara inoltre di:

- beneficiare della MISURA B2 erogata dal Comune di
- non beneficiare della MISURA B2
- non beneficiare di misure di cui alla DGR n. 7769/18 (es. RSA aperta, residenzialità leggera ecc.)
- non frequentare in maniera continuativa e strutturata centri semiresidenziali (es. CDI, CDD, CSE)
- frequentare in maniera non continuativa centri semiresidenziali (es CDI, CDD, CSE) per un numero _____ di ore settimanali come attestate da certificazione allegata rilasciata dalla struttura _____

CHIEDE

- per sé
- per il/la sig/ra _____

la valutazione multidimensionale integrata, anche a domicilio, da parte dell'équipe integrata ASST/Ambito a favore di persone con gravissima disabilità e in condizioni di non autosufficienza per:

□ **accesso alla Misura B1 –DGR n. 7856 del 12.02.18**

□ **accesso alla Misura Integrativa - DGR n. 7549 del 18.12.17, allegando apposita dichiarazione (Modulo A- richiesta valutazione per contributo integrativo ai sensi della DGR n. 7549/17)**

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza di quanto previsto dalla DGR n. 7856 del 12.02.2018 e dalla DGR n. 7549 del 18.12.2017 rispetto ai criteri previsti per il riconoscimento della Misura B1 e alle tipologie di intervento previste (Buono mensile/voucher/misura integrativa);
- di essere consapevole che:
 - 1) l'erogazione del **Buono Misura B1** non è riconosciuta 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.
 - 2) in caso di trasferimento della residenza della persona in altra regione l'erogazione del **Buono** viene interrotta.
 - 3) l'erogazione delle due tipologie di **Voucher sociosanitario** sopra indicate viene sospesa in tutti i casi nei quali la persona non si trovi presso il proprio domicilio sia definitivamente che temporaneamente.
 - 4) 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 compie 25 anni;
 - risoluzione del contratto di assunzione del personale di assistenza.
- di impegnarsi, qualora la valutazione richiesta dia seguito all'attivazione 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;
- di essere a conoscenza che le Amministrazioni interessate, ai sensi dall'art. 71 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

<p style="text-align: center;">INFORMATIVA ALL'UTENZA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196, 30 GIUGNO 2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" e ss.mm.ii.</p>
--

Gentile Sig./ra,

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

Il titolare del trattamento dei dati è l'ASST (Azienda socio Sanitaria Territoriale) alla quale Lei presenta istanza.

I dati personali o sensibili, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, sono necessari per poter erogare le prestazioni/servizi/contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. 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 ai seguenti soggetti determinati:

- agli Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS Brianza, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- agli Operatori degli Uffici dell'ATS Brianza, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- alle Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- alle Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS Brianza, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- ai soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- agli operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- al suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

La informiamo che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza, questo Ente sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, sotto riportato, rivolgendosi al Responsabile del trattamento dei dati individuato nel Responsabile della ASST di riferimento.

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali"
Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

- 1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza a 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'attenzione 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.*

Acquisite le informazioni ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il consenso al trattamento riguarda i dati "sensibili" definiti dall'art. 4 lett. d) del citato decreto come "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 consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Luogo e data _____

Firma _____

ALLEGA
(documentazione obbligatoria)

- copia della certificazione medico-specialistica con relative scale comprovanti la condizione specifica (da lett. a) a lett. h) di cui all'**ELENCO CONDIZIONI CLINICHE PREVISTO ALL'ART.2 DEL DPCM DEL 27.11.17**
- attestato di condizioni di dipendenza vitale (redatto dal proprio medico di Medicina generale o pediatra di famiglia secondo il modello 1 allegato) se rientrante nella sola condizione lett.i) di cui all'**ELENCO CONDIZIONI CLINICHE PREVISTO ALL'ART.2 DEL DPCM DEL 27.11.17**
- copia del verbale di accertamento invalidità da cui risulti il riconoscimento di indennità di accompagnamento oppure certificazione della condizione di non autosufficienza ai sensi del DPCM n. 259/2013, allegato 3.
Le persone di cui al punto n.1 e n. 4, dell'elenco sopra riportato, possono accedere nelle more della definizione del processo di accertamento
- copia documento d'identità dell'assistito e del richiedente (se diverso)
- copia tessera sanitaria dell'assistito
- copia del decreto di nomina del tribunale (se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore)
- copia certificazione ISEE ordinaria (ovvero del nucleo familiare)
- dichiarazione di cui al modello 2 allegato (se la domanda viene presentata da familiare, in assenza di decreto di nomina)
- altra documentazione sanitaria utile per la valutazione
- comunicazione della modalità di riscossione del beneficio economico in caso di riconoscimento del contributo mensile previsto ai sensi della dgr 7856/18 (modello 3)

In caso di richiesta per accedere ANCHE alla valutazione per misura integrativa ai sensi della DGR n. 7549/17 allega inoltre:

- modulo A – Dichiarazione per accedere alla valutazione per misura integrativa ai sensi della DGR n. 7549/17

Attestazione di condizione di dipendenza vitale allegato alla domanda di valutazione integrata ai sensi della DGR n. 7856/2018

Il sottoscritto MMG/PdF dr _____

ATTESTA CHE

il/la Sig/ra. _____

nato a _____ il ____ / ____ / _____

è affetto da _____

(indicare patologia principale)

con necessità di:

- assistenza continuativa (esposto a pericolo sostanziale di vita se lasciato solo);
- monitoraggio nelle 24 ore dei parametri vitali in presenza di gravissima compromissione delle seguenti funzioni:

MOTRICITÀ: dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana ADL per cui l'attività è svolta completamente da un'altra persona

STATO di COSCIENZA

- Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
- Persona non cosciente

RESPIRAZIONE

- Necessita di aspirazione quotidiana
- Presenza di tracheostomia
- Presenza di Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva) meno di 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana

NUTRIZIONE

- Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
- Combinata orale e enterale/parenterale
- Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
- Solo tramite gastrostomia (es.PEG)
- Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Note _____

Data _____

Timbro e firma del medico

Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 4, commi 1 e 2 e art 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000

Resa nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

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

nato/a _____ (_____) il ___/___/___
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

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/della

Sig./ra _____ nato/a a _____

Il ___/___/___, residente a _____ in via _____

rende la presente dichiarazione nell'interesse del/della predetto/a e

ATTESTA

l'impedimento del/la sig./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. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1.

Luogo e data _____ Firma _____

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via/p.za _____ n. _____

in qualità di _____

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

D I C H I A R A

A) che all'interno della famiglia convivono figli minori e/o figli di età inferiore a 25 anni studenti, come risulta dal seguente prospetto:

	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	<i>se studente indicare istituto scolastico</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

B) di avvalersi di **personale di assistenza**, regolarmente assunto (assunzione diretta o tramite contratto con Ente erogatore) come da documentazione allegata.

Inoltre

DICHIARA

- 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, secondo le competenze in materia, a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
- di aver preso visione dell'informativa all'utenza – allegata - 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;
- di essere a conoscenza che la domanda sarà accolta e avrà validità solo se completa di tutta la documentazione a sostegno dei requisiti previsti.

Luogo e data _____

Firma _____