

DOMANDA DI ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO (MISURA B1)

ai sensi della DGR 7856 del 12/02/2018 e della DGR 7549 del 18/12/2017

Spett.
ASST
.....
.....

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

via _____ n° _____

in qualità di diretto interessato

oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)

Nel caso la persona affetta da gravissima disabilità versi in uno stato di impedimento permanente:

in qualità di tutore

(indicare estremi del provvedimento di nomina: _____)

in qualità di curatore

(indicare estremi del provvedimento di nomina: _____)

in qualità di amministratore di sostegno

(indicare estremi del provvedimento di nomina: _____)

in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore:

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in modo congiunto,

madre _____ (nome e cognome)

padre _____ (nome e cognome)

(N.B.: nel caso la potestà genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a presentare la domanda:

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 (indicare relazione di parentela: _____)

*(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il **modello 1** di fronte ad un pubblico ufficiale)*

del/la Sig./Sig.ra affetto/a gravissima disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

via/p.za _____ n° _____

CHIEDE

- di accedere ai benefici economici della misura B1 di cui alla DGR 7856 del 12/02/2018
- di accedere alla misura integrativa di cui alla della DGR 7549 del 18/12/2017

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 Città Metropolitana di Milano;
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 care-giver 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 monteore 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 integrativa e/o un accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza
11. di essere a conoscenza che l'ATS e l'ASST 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. che, qualora la presente richiesta venga accolta, si impegna a comunicare tempestivamente all'ATS (Ente erogatore del contributo) qualunque variazione che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla dgr 7856/2018.
13. 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. In particolare che:
- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito 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 eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.
- Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:
- agli Operatori degli Uffici dell'ASST, 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 Città Metropolitana di Milano, 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 Città Metropolitana di Milano, 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).

Pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

A tal fine

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 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
A	persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)	scheda diagnosi con descrizione punteggio Glasgow Coma Scale (≤ 10)
B	persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24h/7gg)	relazione pneumologia con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con prescrizione alla ventilazione 24h/7gg
C	persone con grave o gravissimo stato di demenza	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con Clinica' Dementia Rating Scale (≥ 4)
D	persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con scala ASIA Impairment Scale (grado A o B)
E	persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare	relazione 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)
F	persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come presenza di minorazione e ipoacusia	<ul style="list-style-type: none"> • visita oculistica con certificazione del visus residuo • visita ORL con relazione certificante la media dei decibel HTL tra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz
G	persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con la classificazione del DSM-5 con indicazione del livello di gravità (livello 3)
H	persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con la classificazione DSM-5 e QI (≤ 34) e Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardation (≤ 8)

E 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.