



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54

**Comuni di: Castelvetro - Campobello di Mazara-
Partanna- Poggioreale-Salaparuta- Santa Ninfa - ASP**

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetro (TP)

Tel. 0924/909103

UFFICIO DI PIANO

Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00

Pec: distrettod54@pec.comune.castelvetro.tp.it

Al Comune di _____

All'ASP di _____

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per le persone con disabilità gravissima di cui alla L.R. n. 04 del 01/03/2017 e al D.P. 532 del 31/03/2017 modificato con DP 545 del 10/05/2017, pubblicato sul S.O. n. 18 alla GURS n. 22 del 26/05/2017.

Il sottoscritto/a _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445, dichiara di essere:

nat. a _____ il _____ di essere residente a _____

in via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

tel. _____ email _____ Nella qualità di :

Familiare o delegato (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile) _____

Chiede per il

Sig./Sig.ra _____ nat. a _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____

E mail _____

L'accesso al beneficio economico previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte della U.V.M.D. dell'ASP, che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'ART. 3 del D.M. 26 Settembre 2016 e previa firma del patto di cura in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

A tal fine dichiara

- Che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di Handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 l. 05/02/1992 n. 104;
- che il beneficiario è in possesso del verbale di invalidità civile con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

Ritenendo

Che per il beneficiario sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 in quanto trovasi in almeno una delle seguenti condizioni (barrare la casella interessata):

- 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;
- b7persone 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) ≤ 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.
- **Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del patto di cura di cui all'allegato 1 del DPR 545 del 10/05/2017.**

Allega alla presente:

- **Fotocopia D.I. e codice fiscale del richiedente;**
- **Fotocopia D.I. e codice fiscale del beneficiario;**

eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore.

Allega altresì, alla presente in busta chiusa con la dicitura “contiene dati sensibili”, i seguenti documenti:

- Copia con diagnosi della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art. 3 comma3;
- copia con diagnosi della certificazione di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- certificazione medica comprovante la presenza dei requisiti di cui alla lettera l.

La sig.ra/il sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art. 13 Dlgs. N. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'AC. I dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19. L'interessato può far valere nei confronti dell'AC i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8-9-10 del Dlgs.196/06

Il Richiedente

Firma.....