**MODULO DI DOMANDA “ RITORNARE A CASA PLUS”**

**INTERVENTI D SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA’ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME**

**DGR N.63/12 DEL 11.12.2020**

**ALLEGATO 2: Richiesta di accesso Livello Assistenziale Base - B**

**Al Comune di Carbonia**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/della Signor/Signora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/P.zza/Loc.tà/Frazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico del familiare di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il/la Signor/Signora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

🞏 beneficiadell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

🞏 di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

1. 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;
2. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
3. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)>=4;
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;
5. 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*;
6. 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;
7. persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
8. 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;*
9. 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.

In riferimento alla lettera i) si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in uno dei domini “motricità” e “stato di coscienza” e in almeno uno dei domini “respirazione” e “nutrizione”, come previsto dall’allegato 2 del DM del 26 settembre 2016, accertati secondo le scale e i punteggi di seguito riportati:

* grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato respiratorio” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (Coma in respiro spontaneo, presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16 h o tracheotomia in respiro spontaneo);
* grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato digerente tratto superiore” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (tramite alimentazione artificiale: sondino naso gastrico, gastrostomia, parenterale attraverso catetere venoso centrale);
* grave compromissione dello stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Patologie del sistema nervoso” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);
* grave compromissione della funzione motoria. Scala Barthel INDEX (0-100) Il punteggio rilevato deve essere ricompreso tra 0 e 5.

🞏 non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;

🞏 rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del contributo “ Ritornare a Casa PLUS” per Livello Assistenziale Base B;

🞏 di essere beneficiario ultrasessantacinquenne di Piani Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;

🞏 di beneficiare del Progetto Home Care Premium ( prestazione prevalente);

🞏 di non beneficiare del Progetto Home Care Premium ( prestazione prevalente).

**CHIEDE**

Che il Signor/la Signora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ possa avere accesso al Programma **“Ritornare a Casa Plus”** **per Livello Assistenziale Base B:**

Allega a tal fine:

* Il certificato ISEE socio sanitario 2021;
* La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
* Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall’INPS **(Allegare la copia del verbale senza gli** **OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile)** o altra certificazione di cui all’art. 3 del DPCM 159/2013;
* Certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dall’art. 3 DM del 26.09.2016 (Allegato B). Le certificazioni dovranno essere state prodotte negli ultimi sei mesi a partire dalla data di presentazione dell’istanza.
* copia dei decreti di nomina dei tutori o amministratori di sostegno.

**Si precisa che alla documentazione andranno allegati solo referti e certificazioni dei medici specialisti. Non si dovranno allegare radiografie, esami del sangue, prescrizioni di farmaci etc.etc.**

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata o trasmessa via raccomandata A/R all’Ufficio Protocollo sito in Piazza Roma n. 1 09013 Carbonia o inviata all’indirizzo PEC comcarbonia@pec.comcarbonia.org**

**INFORMATIVA**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);

2. I dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali del Comune di Carbonia in applicazione del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy) e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati.

3. Essi potranno essere comunicati ad altri settori del Comune e in forma aggregata, a istituti pubblici o privati sempre nell’ambito delle funzioni istituzionali nell’interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;

4. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.

5. L’indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l’accesso ai contributi di cui alla presente istanza.

**DIRITTI DELL’INTERESSATO**

In ogni momento, Lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

a) Chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

e)ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;

g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;

h) chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

l) proporre reclamo a una autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla PEC: comcarbonia@pec.comcarbonia.org

Il Titolare del trattamento è il Comune di Carbonia PEC: comcarbonia@pec.comcarbonia.org

**MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali del Comune di Carbonia e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

**Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Firma dell'interessato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**