

Al Sig. Sindaco del Comune

.....

Oppure All' A.S.P. N.8
Corso Gelone, 17
Siracusa

ISTANZA PER L' ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO
per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016
per l'applicazione dell'art. 9 della l.r. n. 8/2017 e s.m.i.

DICHIARAZIONE RILASCIATA AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Soggetto richiedente:

Il /la sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____

res.te in _____ cap. _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n.° _____ Tel. _____

Beneficiario/Familiare delegato o rappresentante legale (specificare il titolo)

Soggetto beneficiario

Il/la Sig./ra _____ nata/o _____ il _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

Telefono _____

Chiede

Di poter accedere al beneficio economico, previa verifica da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale 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 Legge 5 febbraio 1992 n. 104 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

RITENUTO

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) 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) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/7gg);
- C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;

- D) 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 esili asimmetrici ambedue le laterali devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo < ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) e con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- F) con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale 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) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- H) 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 (LAP-MER) <0 8;
- I) in condizione di dipendenza vitale che necessita 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.

Allega alla presente:

- Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato;

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

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge 104/92 art. 3 C. 3;
- Copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa alla certificazione medica comprovante i medesimi.
- ISEE

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 del D.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non 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 della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs. 196/03.

Data _____

Firma
