

Richiesta di partecipazione all' AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a il

Residente a in

Recapito telefonico

In qualità di (Genitore, Coniuge, Figlio, etc.)

Di.....

Nato a il

E residente a Via/P.zza

CHIEDE

che la presente domanda di afferire all' AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA gestito dai Servizi Sociali del Distretto Rieti 5.

E' CONSAPEVOLE CHE

Per persone in condizione di disabilità gravissima, si intendono le persone non autosufficienti individuate dall'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 Settembre 2016 per le quali sia verificata e certificata da una struttura sanitaria specialistica pubblica almeno una delle seguenti condizioni:

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;

b) persone 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.

DICHIARA

- Che l'utente destinatario dell'intervento è in CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA ed è in possesso di Certificazione di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2006 che indichi esplicitamente, in ottemperanza al decreto, la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;
- Che la certificazione di disabilità gravissima è stata rilasciata in data _____ da _____ a seguito di valutazione specialistica effettuata utilizzando le scale di misurazioni illustrate nell'Allegato 1 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 (per le condizioni di disabilità gravissima di cui alla lettera a), c), d), e), e h) elencate al comma 2 art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 Settembre 2016), e utilizzando i criteri di cui all'Allegato 2 dello stesso decreto per l'individuazione delle altre persone in condizioni di dipendenza vitale, di cui alla lettera i).
- di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
- che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, a seguito di assegnazione delle prestazioni richieste, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano del Distretto Rieti 5 in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Certificazione di disabilità gravissima. La condizione di disabilità gravissima è accertata e certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, in cui si attesti la sussistenza di almeno una delle condizioni previste dall'art. 3 comma 2 del Decreto ministeriale n.26 9/2016; **(Sono esentati dal presentare la Certificazione di disabilità gravissima gli utenti già beneficiari del finanziamento nell'anno 2022)**
- Certificazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità;
- Copia del documento di identità in corso del destinatario dell'intervento;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente l'intervento.

Questo modello di domanda dovrà essere compilato integrandolo con la certificazione e la documentazione richiesta e consegnato e protocollato presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza o della ASL entro la data del 20 dicembre 2022.

Il sottoscritto è consapevole che questa domanda presentata priva della documentazione richiesta sarà rigettata.

Il sottoscritto conferisce ai Servizi Sociali del Distretto Rieti gestiti dalla Comunità Montana del Velino il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data

Firma del richiedente

Consegnato in data.....

Presso

Firma per l'Ufficio ricevente