Al Comune di Santa Croce Camerina
Ufficio Servizi Sociali

Oppure

Al PUA dell'ASP 7
Via Aldo Licitra, 11 - RAGUSA

Oggetto: istanza per l'accesso del beneficio economico per i nuovi soggetti affetta da disabilità gravissima di cui all'art.3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n 8/2017 e s.m.i.

Soggetto richiedente

Il / la sottoscritto/a _____

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

nato/ a _____il ____/____/_____ e residente _____

in via _____n. ____ Codice fiscale_____

Tel. _____, Cell. _____ e-mail_____

****

In qualità di Beneficiario/familiare delegato o rappresentate legale (specificare il titolo)

_____

CHIEDE

PER IL (compilare solo in caso di delega/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig.ra _____ nato/a_____

il ___/___/_____ e residente_____ in via _____

_____n. _____ Codice fiscale_____

Tel. _____, Cell. _____ email_____

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. 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;

E 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) 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 e B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità 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 Hoeln e Yahr mod;

☐ F) 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 herz 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<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER)<=8;

☐ I) in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

☐ Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.

Allega alla presente:

☐ Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;

☐ Fotocopia 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 "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

☐ copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge L.104/92, art.3 comma 3;

☐ copia del provvedimento che riconosce l' indennità di accompagnamento;

☐ Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa 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 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, finalizzati 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 artt. 8, 9 e 10 del D.Lgs. n.196/03.

IL RICHIEDENTE

_____