

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA
per disabili gravissimi e disabili gravi
Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ex D.P.C.M. 21/11/19
Regione Campania – Delibera G.R. n. 325 del 30.06.2020

Modulo A/ASSEGNO CURA - richiesta di accesso/segnalazione

**AL COORDINATORE UFFICIO DI
PIANO AMBITO N13 COMUNE
ISCHIA CAPOFILA
VIA IASOLINO N. 1
(80077) ISCHIA**

Da presentare presso il protocollo generale del Comune di Ischia – IN BUSTA CHIUSA, con indicazione "PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA per disabili gravissimi e disabili gravi"- Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ex D.P.C.M. 21/11/19 - Regione Campania – Delibera G.R. n. 325 del 30.06.2020, e relativo mittente - completa della documentazione richiesta - **prioritariamente entro il 10.09.2020**, in uno a Modulo PUA e a MODULO PER LA PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI a cura del MMG o del PLS (*allegato 2*)

RICHIESTA DI ACCESSO/SEGNALAZIONE. AMMISSIONE PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA per disabili gravissimi e disabili gravi
Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ex D.P.C.M. 21/11/19
Regione Campania – Delibera G.R. n. 325 del 30.06.2020

Il sottoscritto/a.....

Codice Fiscale.....

nato/a il a

residente a..... via n.Tel

in qualità di (*barrare la voce che interessa*)

il familiare che accoglie il beneficiario/istante nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non convivente

tutore/curatore/amministratore di sostegno;

beneficiario/istante

per il/lsig./sig.ra

beneficiario/istante

nato/a il a

Codice Fiscale.....

residente in viaTel

CHIEDE

L'AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA per disabili gravissimi e disabili gravi - Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ex D.P.C.M. 21/11/19. Regione Campania – Delibera G.R. n. 325 del 30.06.2020

CHIEDE

che sia verificata almeno una delle seguenti condizioni dal medico specialista della U.V.I. attraverso la somministrazione delle scale di valutazione indicate nell'Allegato 1 Decreto del 26/9/2016 (e riportate nell' Allegato B del programma regionale), assumendo i punteggi/parametri fissati all'art.3 comma 2 sotto riportati:

in DEROGA – di avere provveduto ad acquisire presso struttura sanitaria pubblica la certificazione medica nonché la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 (che si ALLEGANO) , di 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) ≤ 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) ≥ 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, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: *Medical Research Council* (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , *Hoehn e Yahr mod* in stadio 5

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 ≤ 34 e con punteggio sulla scala (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.

Per le persone di cui alla lettera i), rilevano i criteri indicati nell'Allegato 2 del D.M.del 26/9/2016, ai quali si fa espresso rinvio.

DICHIARA

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000),

di beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 o definito non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013, di qualsiasi età, e che è verificata almeno una delle condizioni di cui all'Allegato 1 del Decreto del 26/9/2016 (condizione propedeutica alla richiesta di valutazione di seguito)

di essere in possesso ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 di valutazione con connotazione di gravità da parte della Commissione Medica della ASL (condizione propedeutica alla richiesta di valutazione di seguito)

CHIEDE

di essere altresì valutato con scheda Barthel e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di Cure Domiciliari (punteggio ≥ 55 per ammissione Progetto di Ambito da inviare Regione)

DICHIARA

di presentare attestazione I.S.E.E.socio-sanitario e Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità, a conoscenza che a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMD) e l'ISEE sociosanitario (requisito per entrambi precedenti richieste)

DICHIARA

QUALORA RISULTASSE BENEFICIARIO DELL'ASSEGNO DI CURA, di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate dagli O.S.S. a vantaggio degli assegni di cura, perdendo il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito N13. La presente a tal fine equivale a dichiarazione di rinuncia alle prestazioni, esonerando l'Ambito N13 dal garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari e potranno ricevere l'assegno di cura

DICHIARA

Di essere a conoscenza che potrà beneficiare dell'ASSEGNO DI CURA per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili

DICHIARA

Di essere a conoscenza che la Regione si riserva di ammettere a finanziamento solo i P.A.I. per gravissimi o anche ridurre le quote attribuibili a ciascun Piano di Ambito, laddove il Fondo non abbia disponibilità

DICHIARA

Di essere a conoscenza che la fruizione dell'ASSEGNO DI CURA non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dall'Ambito N13 per i non autosufficienti né con voucher per l'assunzione di badanti.

DICHIARA

✓ di impegnarsi – in caso di ricovero - a darne tempestiva comunicazione al Comune di Ischia capofila. L'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni. Oltre tale termine, il Comune di Ischia disporrà la sospensione dell'assegno, che potrà essere riattivato in ogni caso solo al rientro a domicilio.

✓ di essere a conoscenza - in caso di decesso - il Comune di Ischia disporrà l'interruzione dell'assegno a partire dal mese successivo al decesso. I familiari del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno.

DICHIARA

QUALORA RISULTASSE BENEFICIARIO DELL'ASSEGNO DI CURA, di essere a conoscenza che in caso l'assistenza sia fornita da un familiare dovrà presentare autocertificazione dello stesso o in caso di assunzione di un'assistente familiare dovrà presentare copia del contratto e dei contributi versati

DICHIARA

(in caso di istante non tutelato e non amministrato) che, ai fini della riscossione dell'ASSEGNO DI CURA, è autorizzato a riscuotere:
..... (dati anagrafici - C.F. e residenza)

In tal caso, si precisa che il beneficiario dovrà essere intestatario o cointestatario di un conto corrente bancario o postale (quest'ultimo solo se NON associato ad un libretto postale).

DICHIARA

infine di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati in calce all'AVVISO pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Allegati alla presente (fileggiare gli allegati presenti nella busta) :

- ❑ attestazione I.S.E.E. socio-sanitario (dell'istante solo o del nucleo familiare convivente), Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità - N.B. la dichiarazione ISEE, allegata alla presente, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza,
- ❑ certificazione/verbale indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988,
- ❑ attestazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013,
- ❑ certificazione medica nonché valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 (in DEROGA),
- ❑ valutazione ai sensi della L. 104/92 con connotazione di gravità da parte della Commissione Medica della ASL,
- ❑ copia fotostatica di un valido documento di identità personale

Il richiedente
