

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 B/ASSEGNO CURA
Per coloro che hanno già usufruito del beneficio dell'ASSEGNO DI CURA
come disabili gravi nella precedente programmazione regionale

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)*

<p>ISTANZA DI RIVALUTAZIONE CON LE SCALE EX D.M. 26/9/2016 o conferma valutazione con scheda Barthel AMMISSIONE PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA 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</p>

Il sottoscritto/a.....
Codice Fiscale.....
nato/a il a
residente a..... vian.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 PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGGNI DI CURA
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 SVAMDI) 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 che - 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 (fleggare 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
