



Ambito Territoriale Sociale di Agnone

- Ufficio di Piano -

MODULO DISABILI GRAVISSIMI CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Rientrano tra i beneficiari degli interventi anche le persone affette da SLA o malattie dei motoneuroni e da SMA.

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA FNA 2022–2024

- ANNUALITÀ 2022 -

Programma Regionale Non Autosufficienza

D.G.R. n. 131 del 21/04/2023; D.G.R. n. 414 del 28/12/2023

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ___/___/___ residente a

_____ via _____ n. _____

Contatto telefonico. _____ Email _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di

beneficiario diretto

oppure (barrare voce che ricorre)

Care Giver

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di cognome _____ nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ____/____/_____ residente a

_____ via _____ n. _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di essere ammesso al Programma Regionale per la non Autosufficienza 2022- 2024 – Annualità 2022, a tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

1) Che il/la sig./sig.ra _____ è titolare di **indennità di accompagnamento** (Legge n. 18/1980 e ss. mm.) e si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

(sezione da compilare da Medico di MM GG - a pena di esclusione: barrare una sola casella – in base alla patologia compilare scheda di valutazione o certificazione come previsto dall'Avviso Pubblico)

a. persona 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. persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

- c.** persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d.** persona 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.** persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f.** persona 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.** persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h.** persona 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.** persona 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 psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- Persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), atrofia muscolare spinale (SMA).**

2) che il nucleo familiare dell'assistito è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

1			
2			
3			
4			
5			
6			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

SAD disabili n. ore ___ settimanali SAD anziani n.ore ___ settimanali

Altro specificare _____ Assistenza Infermieristica

Home Care Premium (NB: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale

FNA 2022 – 2024) n. ore ___ mensili/contributo mensile netta prestazione prevalente

€ _____.

SI RICHIEDE

(barrare una sola casella)

L'assegno di cura si sostanzia in un trasferimento monetario dell'importo mensile di € 500,00

ed è finalizzato all'assunzione di uno o più assistenti personali per l'assistenza a domicilio. Il caregiver familiare di riferimento che assume la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate nel PAI deve essere espressamente individuato nel piano (*cfr. art 4 lett. f) dell'avviso pubblico*);

Il voucher per l'assistenza, è corrisposto a titolo di riconoscimento dell'assistenza fornita da parte

del caregiver familiare e/o a titolo di concorso alle spese sostenute per il personale di assistenza regolarmente impiegato. Rientrano tra i beneficiari degli interventi anche le persone affette da SLA o malattie dei motoneuroni e da SMA. Il voucher si sostanzia in un pacchetto di buoni per l'acquisto

di prestazioni di assistenza domiciliare, per un numero di ore compreso tra **6 a 12 ore settimanali** finalizzati a garantire attività di natura socio-assistenziale che consentono alla persona anziana non autosufficiente o disabile gravissimo, di acquistare in autonomia servizi di cura e di assistenza domiciliare sociale presso soggetti accreditati con gli Ambiti Territoriali Sociali (cfr. art 4 lett. g) dell'avviso pubblico).

- Sostegno** ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017 – Caregiver - del valore di € 500 al mese (cfr. art 4 lett. h) dell'avviso pubblico);
- Assistenza domiciliare diretta**, in termini di ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia, e di potenziamento delle ore rispetto a quelle già previste nei LEA ovvero un numero di ore comprese tra 6 e 12 ore/settimana (cfr. art 4 lett. a) dell'avviso pubblico);

DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone (IS), per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone (IS), per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

SI ALLEGANO

(a pena di esclusione)

- copia del verbale della commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980 e ss. mm.,

Certificazione medica a cura del MMG (barrare casella di riferimento)

scala di valutazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata).

certificazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g) ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, debitamente firmata, datata e con l'apposizione del timbro del medico certificatore, con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

Per le sole persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (sla) o da atrofia muscolare spinale (sma) dovrà essere allegato:

Certificato medico specialistico attestante la patologia (malattia del motoneurone).

copia documento d'identità in corso di validità del *care giver* e del suo assistito.

copia dell'attestazione ISEE in corso di validità (*ISEE da presentare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria art. 6 del DPCM 159/2013*).

Autodichiarazione Care Giver (*solo nel caso si presenti l'istanza di ammissione in qualità di Care Giver*).

Luogo e data _____

Firma del care giver _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679") relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'Ambito Territoriale Sociale (denominato di seguito ATS) è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è costituito da ciascuno dei Comuni aderenti all'ATS di Agnone (in ragione della residenza dell'interessato istante), che possono delegare al Comune capofila (Comune di Agnone) la gestione dei servizi previsti dal Piano di zona in ambito socio-sanitario e assistenziale.

Responsabile del trattamento

Il Responsabile del trattamento (la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento ex art 4 p.8 GDPR 2016/679) è l'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, nella persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della Protezione dei Dati del comune capofila (Comune di Agnone) dell'ATS di Agnone è il dottor Guido Savelli con studio in Isernia email: privacyitalia@gmail.com

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio di cui al Programma regionale per la non autosufficienza (FNA) 2022-2024 (Annualità 2022) come da Deliberazione di G.R. n. 131 del 21/04/2023 e Deliberazione di G.R. n. 414 del 28/12/2023.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in modalità telematica e/o cartacea, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679, con la predisposizione di misure organizzative e tecniche poste in essere dall'ATS a garanzia della riservatezza e della sicurezza dei dati degli interessati. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, ad eccezione delle comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti in forza di adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie di dati personali (dati comuni e dati particolari ex art.9 GDPR 2016/679)

Oltre ai dati comuni presenti nelle domande (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza e dati di contatto), Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" (ex art. 9 del Regolamento UE n. 2016/679) e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali ultime categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di operazioni di trattamento dei Suoi dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante per la Protezione dei Dati Personali)
-

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare del trattamento o all'Ufficio di Piano dell'ATS Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all'indirizzo pec ambitoagnone@pec.it.

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver ricevuto e ben compreso l'informativa che precede.

_____, li _____ **Firma** _____

Io sottoscritto/a _____ alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di _____ del minore _____ nato a _____ il _____)

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come "categorie particolari di dati", relativo alla finalità di concessione del beneficio di cui al Programma regionale per la non autosufficienza (FNA) 2022-2024 (Annualità 2022) come da Deliberazione di G.R. n. 131 del 21/04/2023 e Deliberazione di G.R. n. 414 del 28/12/2023.

_____, li _____ **Firma** _____

N.B. Si precisa che l'espressione del consenso è condizione di procedibilità della domanda