



Ufficio Servizi Sociali
Piazza Santa Eurosia n.1 Lariano (RM)
Tel. 06/96499244/257/211
PEC: protocollo@pec.comune.lariano.rm.it
e-mail: segretariatosociale@comune.lariano.rm.it



Comune di Lariano

Città di Velletri

**INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI
DISABILITÀ GRAVISSIMA**
D.M.I 26-09-2016 art. 3, comma 2

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA

**DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE DEL DIRETTO
INTERESSATO**

Il sottoscritto/a (Cognome e nome) _____
nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____
residente nel Comune di _____ prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____
telefono _____ E-mail _____

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE ALTRI SOGGETTI

INDICARE IL SOGGETTO CHE PRESENTA LA DOMANDA

- familiare (specificare *es. genitore, coniuge, etc.*) _____
- caregiver
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____
residente nel Comune di _____ prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____

In favore di

(Cognome e nome) _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____
residente nel Comune di _____ prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____
telefono _____ E-mail _____

CHIEDE

di accedere agli interventi personalizzati di assistenza domiciliare in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, mediante (*selezionare*):

- Assegno di cura *
- Contributo di cura al *caregiver***

**** DATI RIFERITI AL CARE GIVER**

(Cognome e nome) _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____
residente nel Comune di _____ prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____
GRADO DI PARENTELA (rispetto al beneficiario) _____
altro _____

Nel caso di intervento attuato mediante l'erogazione di un Assegno di cura, il richiedente **SI IMPEGNA AD ASSUMERE con un regolare contratto di lavoro un assistente alla persona individuato nel rispetto della volontà del soggetto e/o dei suoi familiari (art. 6, comma 1, lett. B della L.R. 20/2006). Tale operatore, inoltre, dovrà essere in possesso di uno dei seguenti titoli professionali: a) Operatore sociosanitario (OSS); b) Assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST); c) Operatore socio-assistenziale (OSA); d) Operatore tecnico ausiliario (OTA); e) Assistente familiare (a seguito del superamento di un corso di formazione della durata di almeno 300 ore ex D.G.R. Lazio n. 607/2009) f) Diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi socio-sanitari.*

Possono svolgere le funzioni di operatore anche le persone non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza lavorativa almeno quinquennale nell'ambito dell'assistenza alla persona che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 D.lgs. 445/2000

DICHIARA

che il destinatario degli interventi di assistenza è in condizioni di disabilità gravissima come individuata ai sensi dell'D.M. 26 settembre 2016:

- persona beneficiaria dell'indennità di accompagnamento**, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;

o comunque

- persona definita non autosufficiente** ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159 del 2013

specificare condizione tra le seguenti in elenco :

- invalido** con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80 e 508/88);
- invalido** con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L.18/80 e 508/88);
- cieco civile assoluto** (L. 382/70, L. 508/88, L. 138/2001);
- invalido** ultrasessantacinquenne con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- invalido** ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 508/88, art. 1, comma 2, lett.b);
- inabile** con diritto all'assegno INPS per l'assistenza personale e continuativa (art. 5, l. 222/84);
- invalido sul lavoro** con diritto all'assegno INAIL per l'assistenza personale e continuativa (art. 66 DPR 1124/65);
- invalido sul lavoro** con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui all'art 1, comma 782, punto 4 L. 296/2006);
- invalido** con diritto all'assegno di superinvalidità (Tabella E allegata al DPR 834/81).

e per la quale sia verificata almeno una delle condizioni elencate all'art. 3, comma 2, del D.M. 26-09-2016:

- 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 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) 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 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 condizionipsicofisiche**

Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui alle precedenti lettere a), c),

d), c), e) b), si rinvia alle scale di misurazione di cui all'Allegato 1 al citato decreto.

Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui alla precedente lettera i), si utilizzano, invece, i criteri di cui all'Allegato 2 dello stesso decreto.

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalle Regioni, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

Il DPCM 21 novembre 2019, all'art.2 comma 6, ha ribadito che nella definizione di disabilità gravissima sono incluse le persone affette da **sclerosi laterale amiotrofica (SLA)** e le persone con stato di demenza molto grave tra cui quelle affette da **morbo di Alzheimer** in tale condizione.

DICHIARA altresì che il destinatario degli interventi di assistenza:

- non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio sociale del Comune di Velletri in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni e in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

pena l'esclusione della domanda:

- certificazione medica rilasciata dal medico specialista del centro di riferimento per la/le patologie causa della compromissione clinico funzionale determinante lo status di disabilità gravissima o comunque operante in una struttura ambulatoriale territoriale od ospedaliera pubblica relativa all'accertamento della condizione di disabilità gravissima come specificato nella tabella riportata dal D.M. 26 settembre 2016 (Allegato A)
- copia verbale di accertamento dell'invalidità di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, che attesti il riconoscimento del diritto all'**indennità di accompagnamento** o una delle seguenti condizioni di **non autosufficienza** ai sensi dell'Allegato 3 al D.P.C.M. n. 159/2013;
- eventuale altra documentazione attestante il **diritto all'indennità di accompagnamento** (*indicare quale*):

- copia del documento di identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario e, per i cittadini non comunitario apolidi, il permesso o la carta di soggiorno in corso di validità;
- copia integrale della dichiarazione (DSU) e della attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'Utente;
- Autocertificazione in merito alle prestazioni socio-sanitarie di cui si usufruisce (Allegato B)

CHIEDE

che eventuali informazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

via/piazza _____ *n.* _____

Comune di _____ *prov.* _____

Tel. _____ *e -mail* _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 General Data Protection Regulation)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Lariano, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti: telefono: 06-964991 Indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.lariano.rm.it.

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@comune.lariano.rm.it Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n.2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue.

Base giuridica del trattamento

I dati personali e sensibili indicati sono trattati dal Comune nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, per le finalità che rientrano nei compiti istituzionali dell'Amministrazione o per gli adempimenti previsti da norme di legge o di regolamento.

Finalità del trattamento

Il Titolare, nell'ambito della propria attività, tratterà i dati personali e sensibili da Lei forniti ai fini dell'espletamento delle procedure per il presente servizio. Tali dati sono necessari allo svolgimento delle procedure di valutazione e potranno riguardare, a titolo di esempio, dati anagrafici, dati relativi all'ubicazione, alla situazione economica, culturale o sociale. Potranno essere trattate anche categorie di dati particolari come, ad esempio, l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici o relativi alla salute. Tali dati saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse al presente servizio.

Modalità del trattamento e conservazione

Il trattamento verrà effettuato con strumenti manuali/cartacei e con procedure informatiche e telematiche nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679, i dati saranno conservati per il tempo necessario al completamento del procedimento e in ogni caso, in coerenza con le norme vigenti in materia.

Conferimento dei dati

Si informa che, tenuto conto delle finalità del trattamento come sopra illustrate, il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità sopra indicate ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere l'attività del relativo procedimento.

Comunicazione e diffusione dei dati

I dati forniti potranno essere comunicati a destinatari individuati dall'Amministrazione. Più precisamente, i dati potranno essere comunicati a destinatari appartenenti alle seguenti categorie:

- autorità competenti per adempimento di obblighi di legge e/o di disposizioni dettate da organi pubblici;
- eventuali soggetti terzi e consulenti in materia fiscale, legale, ecc.;
- istituti previdenziali e Amministrazione finanziaria, al fine dell'adempimento di ogni obbligo previdenziale, assistenziale, assicurativo e fiscale;
- soggetti esterni che gestiscono / supportano / assistono, anche solo occasionalmente, il Titolare nell'amministrazione del sistema informativo e delle reti di telecomunicazioni;
- eventuali soggetti controinteressati che abbiano esercitato il diritto di accesso ex legge 241/90 o il diritto di accesso civico generalizzato ex DLGS 33/2013.

Titolare e Responsabile del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Lariano, P.zza Santa Eurosia 1, 00076 Lariano (RM); Tel. 06964991; pec: protocollo@pec.comune.lariano.rm.it.

I Responsabili del trattamento sono puntualmente individuati nel Documento sulla Privacy, aggiornato ogni anno, e debitamente nominati.

Diritti dell'interessato

In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati degli artt. 15 a 22 e dell'art. 34 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati, con comunicazione scritta da inviare al Comune di Lariano, p.zza Santa Eurosia 1,00076 Lariano (RM) o all'indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.lariano.rm.it - Modalità di esercizio dei diritti

Ricorrendo i presupposti, Lei potrà proporre eventuale reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE-2016/679 e artt. da 140-bis a 143 del Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Regolamento). Il reclamo potrà essere consegnato a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di comunicazione scritta da inviare al Comune di Lariano, p.zza Santa Eurosia 1, 00076 Lariano(RM) o all'indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.lariano.rm.it

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sulla privacy, la quale viene da me accettata. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali da me indicati.

(Luogo e data)

FIRMA LEGGIBILE

**INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI
DISABILITÀ GRAVISSIMA
DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA
AUTOCERTIFICAZIONE
(AI SENSI DELL'ART. 46 DEL d.p.r. 445/2000)**

Il sottoscritto, (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 D.lgs. 445/2000

DICHIARA

che il soggetto beneficiario dell'intervento usufruisce già di servizi socio- assistenziali riconosciuti all'utente per la condizione di disabilità gravissima e nello specifico:

Tipologia prestazione socio sanitaria	Ammontare prestazione (n.ore/contributo economico)	Indicare la/e prestazione/i
Assistenza domiciliare	fino a 12 ore settimanali;	
Assistenza domiciliare	tra le 13 e le 18 ore settimanali;	
Assistenza domiciliare	tra 19 e 24 ore settimanali;	
Assistenza domiciliare	tra 25 e 30 ore settimanali;	
Assistenza domiciliare	maggiore di 30 ore settimanali	
HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza	minori o uguali a euro 300,00;	
HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza	minori o uguali a euro 450,00;	
HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza	minori o uguali a euro 600,00;	
HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza	minori o uguali a euro 750,00;	
HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza	minori o uguali a euro 900,00;	
Centro diurno semiresidenziale	1 g. di frequenza settimanale	

Centro diurno semiresidenziale	o	2 gg di frequenza settimanale	
Centro diurno semiresidenziale	o	3 gg di frequenza settimanale	
Centro diurno semiresidenziale	o	4 gg di frequenza settimanale	
Centro diurno semiresidenziale	o	5 gg di frequenza settimanale	
Frequenza laboratorio		fino a 2 gg di frequenza settimanale	
Frequenza laboratorio		fino a 3 gg di frequenza settimanale	
Altro specificare			
Altro specificare			

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Allegato A

**ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI
DISABILITÀ GRAVISSIMA**

D.M.I 26-09-2016 art. 3, comma 2

DA COMPILARE A CURA del medico specialista del centro di riferimento per la/le patologie causa della compromissione clinico funzionale determinante lo status di disabilità gravissima o comunque operante in una struttura ambulatoriale territoriale od ospedaliera pubblica

Con la presente si certifica che

il sig./la sig.ra Cognome _____ nome _____
nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____
residente nel Comune di _____ prov. _____ in
via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____

rientra *non rientra*

nelle condizioni di seguito riportate previste all'art. 3, comma 2, del D.M. 26-09-2016 come documentato dalla scala di riferimento di seguito indicata e che si ALLEGA:

- a)** scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b)** persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c)** scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d)** 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)** scala Medical Research Council (MRC) bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 ()
Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 ()
Hoehn e Yahr mod; stadio 5 ()
- f)** deprivazione sensoriale complessa intesa
- g)** gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h)** persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo 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;

Si allega.....

Data

Timbro e Firma
Medico specialista