



## CHIEDE

di accedere ai benefici della **misura B1**

di accedere ai benefici alla **misura integrativa**

e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000:

- consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;
- consapevole che l'accesso alla graduatoria è subordinato alla completezza della domanda e della documentazione richiesta per la valutazione;

## DICHIARA

che la persona in condizioni di gravissima disabilità:

1. è residente nel Comune di \_\_\_\_\_ nel territorio dell'ASST afferente alla ATS della Montagna;
2. è beneficiaria di indennità di accompagnamento o definita in condizione di \_\_\_\_\_ non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
3. è affetta da \_\_\_\_\_  
*(indicare la diagnosi/patologia che comporta la disabilità gravissima)*
4. necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore da parte di uno o più familiari/care-giver come di seguito elencati:

<b>Caregiver 1:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Convivente</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non Convivente</b>
<b>Familiare</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI, grado di parentela</b> _____
Cognome _____	Nome _____	
<b>Caregiver 2:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Convivente</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non Convivente</b>
<b>Familiare</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI, grado di parentela</b> _____
Cognome _____	Nome _____	

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR 7856 del 12/02/2018 per il riconoscimento della Misura B1, delle incompatibilità di questi benefici con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

## DICHIARA

5. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
  - NON È INSERITA** in una **Unità d'offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, misura residenzialità per minori con gravissima disabilità)  
oppure
  - È INSERITA** in una **Unità d'offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, misura residenzialità per minori con gravissima disabilità) presso \_\_\_\_\_
  - ricovero definitivo
  - ricovero temporaneo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
6. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
  - NON È INSERITA** in una **Unità d'offerta semiresidenziale** socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE)  
oppure
  - È INSERITA** in una **Unità d'offerta semiresidenziale** socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE) presso \_\_\_\_\_ per un monte ore settimanale di \_\_\_\_\_ (come da dichiarazione della struttura qui allegata)

7. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
- NON È IN CARICO ad altre misure (es. dgr 7769/2018 **RSA aperta**)  
oppure
- È IN CARICO ad altre misure (es. dgr 7769/2018 **RSA aperta**) specificare quale \_\_\_\_\_
- 
8. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
- NON USUFRUISCE i sostegni DOPO DI NOI (ex dgr 6674/2017)  
oppure
- USUFRUISCE i sostegni DOPO DI NOI (ex dgr 6674/2017) specificare quale \_\_\_\_\_
- 
9. che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:
- NON È IN CARICO alla misura B2  
oppure
- È IN CARICO alla misura B2 specificare per quali interventi \_\_\_\_\_
10. di essere consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere la richiesta di documentazione e/o un accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza.
11. di essere a conoscenza che l'ATS della Montagna e l'ASST di residenza ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
12. di essere consapevole che l'erogazione del Buono Misura B1 **si interrompe** nei seguenti casi:
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
  - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
  - inserimento in Unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali, con frequenza strutturata e continuativa (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE);
  - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
  - sostegni DOPO DI NOI laddove la DGR n. 6674/2017 non preveda la compatibilità.
  - in caso di trasferimento della residenza della persona in altra regione l'erogazione del Buono viene interrotta.
  - Decesso del beneficiario
13. che l'erogazione delle **due tipologie di Voucher sociosanitario** viene sospesa in tutti i casi nei quali la persona non si trovi presso il proprio domicilio sia definitivamente che temporaneamente.
14. che il **Buono della Misura integrativa regionale** si interrompe nei seguenti casi:
- dimissione dalla Misura B1 della persona disabile gravissima;
  - il figlio minore compie 18 anni e non è studente;
  - il figlio studente compie 25 anni;
  - risoluzione del contratto di assunzione del personale di assistenza.
15. di impegnarsi, a seguito di riconoscimento della Misura B1 (contributo mensile/voucher/misura integrativa), a comunicare tempestivamente all'ASST di riferimento qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del buono mensile e/o del voucher, secondo i casi sopra descritti;
16. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura

## ALLEGA

*(tutti i documenti elencati sono obbligatori per l'accoglimento della domanda)*

- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dell'assistito e del richiedente** (se diverso)  
*si ricorda che in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori*
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento**
- Modello ISEE ORDINARIO (DEL NUCLEO FAMILIARE) valido alla data di presentazione della domanda** attestante la condizione socio economica .
- documentazione sanitaria specialistica**, a seconda della condizione/patologia in cui versa la persona, redatta dal medico specialista, di struttura pubblica o privata accreditata, che ha in carico l'interessato secondo la tabella sottostante:

condizione/patologia	documentazione specialistica
persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)	scheda diagnosi con descrizione punteggio Glasgow Coma Scale ( $\leq 10$ )
persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24h/7gg)	certificazione di dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continua 24h/7gg
persone con grave o gravissimo stato di demenza	certificazione con diagnosi e Clinica' Dementia Rating Scale ( $\geq 4$ )
persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura	certificazione con diagnosi e scala ASIA Impairment Scale (grado A o B)
persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare	certificazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con almeno una delle seguenti scale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical Research Council (<math>\leq 1</math> ai 4 arti)</li> <li>• Expanded Disability Status Scale (<math>\geq 9</math>)</li> <li>• Hoehn e Yahr mod (stadio 5)</li> </ul>
persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come <b>compresenza</b> di minorazione visiva e ipoacusia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• certificazione oculistica attestante 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</li> <li>• certificazione ORL l' 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</li> </ul>
persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico	certificazione con diagnosi e con classificazione del DSM-5 con indicazione del livello di gravità (livello 3)
persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo	certificazione con diagnosi e con la classificazione DSM-5 e QI ( $\leq 34$ ) e Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardation ( $\leq 8$ )

- DICHIARA CHE LA PERSONA È IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE:**

<p><b>COMPROMISSIONE NEI SEGUENTI DOMINII::</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. motricità;</li> <li>b. stato di coscienza;</li> <li>c. respirazione;</li> <li>d. nutrizione</li> </ul> <p>che necessiti inoltre di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.</p>	<p>Valutazione verrà effettuata dall'Equipe dell'ASST di residenza</p>
--	--

- altra documentazione sanitaria:** (specificare) \_\_\_\_\_
- copia permesso di soggiorno in corso di validità** - in caso di cittadino non comunitario
- “Comunicazione dati economici”**
- “Dichiarazione aggiuntiva per l'accesso alla Misura Regionale Integrativa”** – solo in caso di

richiesta della misura integrativa

**CHIEDE**

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano con:

Cognome_____Nome _____
via/p.za_____n° _____ Comune _____
_____Prov. (____) CAP _____
telefono_____cell. _____
indirizzo e-mail _____

Luogo e data

Firma (1)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale)

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.

## DICHIARAZIONE AGGIUNTIVA PER L'ACCESSO ALLA MISURA REGIONALE INTEGRATIVA

ai sensi della DGR 7549 del 18/12/2017

Le persone riconosciute in gravissima disabilità ai sensi della D.G.R. 7856/18 possono accedere anche alla Misura integrativa prevista dalla DGR 7549/17 in presenza di entrambi i seguenti requisiti:

- un figlio minore o un figlio con età inferiore ai 25 anni studente;
- un ISEE familiare  $\leq$  50.000 euro (aggiornato al 2018).

Il dichiarante \_\_\_\_\_ in qualità di

DIRETTO INTERESSATO

**Ovvero nel caso la persona sia in stato di impedimento cognitivo permanente e/o fisico, in qualità di:**

FAMILIARE grado di parentela: \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

ai fini della richiesta della misura regionale integrativa alla misura B1  
(dgr 7549/2017)

### DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

1. che la **famiglia convivente** è composta come risulta dal seguente prospetto:

n°	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela	STUDENTE (da compilare solo per i figli)
1					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

2. di avvalersi di **personale di assistenza** secondo una delle seguenti tipologie di contratto (*compilare solo la voce interessata*):
- a) contratto di assunzione del/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(C.F. \_\_\_\_\_) stipulato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_ ore/settimanali
  - b) contratto con l'ente (*nome società*) \_\_\_\_\_  
sottoscritto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_ ore/settimanali
  - c) accordo/contratto con un libero professionista per un totale di \_\_\_\_\_ ore/settimanali con fatturazione mensile
  - d) altre forme di contratto (*specificare*) \_\_\_\_\_
3. di essere a conoscenza che l'ATS e l'ASST di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
4. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura;
5. di essere a conoscenza che la domanda sarà accolta, e quindi, avrà validità solo se completa di tutta la documentazione a sostegno dei requisiti.

Pertanto

### **ALLEGA**

(*barrare le voci interessate*)

- Attestato di frequenza scolastica per il/i figlio/i maggiorenne/i studente/i
- copia contratto/fattura relativa al personale di assistenza
- altra documentazione attestante i requisiti

La/Il dichiarante

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n°445/2000 art. 4, comma 2**

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art.4 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Attesta l'impedimento del Sig./ra \_\_\_\_\_ dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_  
Luogo data

\_\_\_\_\_  
firma estesa leggibile

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Attesto ai sensi dell'art. 30 del D.P.R. 445/2000, che il sig./ra \_\_\_\_\_  
Ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Il Pubblico Ufficiale

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_  
Luogo data

\_\_\_\_\_  
nome e cognome e qualifica

**INFORMATIVA ALL'UTENZA**  
**DECRETO LEGISLATIVO N. 196, 30 GIUGNO 2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"**

Gentile Utente,

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice), che i dati personali da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge e per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività dell'Azienda. I dati stessi potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

La informiamo inoltre che i dati forniti non verranno da noi diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice:

- agli Operatori degli Uffici dell'ATS della Montagna e dell'ASST di residenza, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda;
- ai soggetti pubblici e privati che, per conto dell'ATS della Montagna e dell'ASST di residenza:
  - ✓ forniscano specifici servizi elaborativi,
  - ✓ svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Azienda,
  - ✓ svolgano attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
  - ✓ possano accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

Si precisa che, per trattare i soli dati che hanno natura "sensibile", è necessario il Suo consenso scritto che verrà acquisito dagli Uffici preposti al momento della Sua richiesta di prestazione. Sono da considerarsi "dati sensibili" i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/03, che per facilità di consultazione viene riprodotto integralmente, rivolgendosi al Titolare del trattamento di seguito riportato:

**Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi dei titolari, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

## ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Considerato che il sig. /la sig.ra \_\_\_\_\_ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

- familiare
- amministratore di sostegno
- tutore

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_