

**DOMANDA DI ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO – MISURA B1-  
DGR n° X/7856 del 12.02.2018**

Spett.le ASST \_\_\_\_\_

Area Territoriale di \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

 in qualità di diretto interessato**oppure**

*(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)*

**Nel caso la persona affetta da gravissima disabilità versi in uno stato di impedimento permanente:**

- in qualità di tutore (indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- in qualità di curatore (indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- in qualità di amministratore di sostegno (indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- in qualità di procuratore (SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

**Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore:**

- in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in via esclusiva,
- in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in modo congiunto,  
madre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)  
padre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

*(N.B.: nel caso la responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)*

**Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a presentare la domanda:**

- 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 (indicare relazione di parentela: \_\_\_\_\_),
- in qualità di convivente unito civilmente;

(N.B. in questo caso allegare dichiarazione di cui al modello 1 allegato se la domanda viene presentata da familiare, in assenza di decreto di nomina)

**del/la Sig./Sig.ra affetto/a gravissima disabilità:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) cap \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di accedere ai benefici economici della misura B1 di cui alla DGR 7856 del 12.02.2018
- di accedere alla misura integrativa di cui alla DGR 7549 del 18/12/2017

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 Insubria;
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:

**Caregiver 1:**                       **Convivente**                       **Non Convivente**  
**Familiare**                       **NO**                                       **SI, grado di parentela** \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**Caregiver 2:**                       **Convivente**                       **Non Convivente**  
**Familiare**                       **NO**                                       **SI, grado di parentela** \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

5. di essere a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR 7856 del 12/02/2018 e dalla DGR 7549 del 18/12/2017 per il riconoscimento della Misura B1, delle incompatibilità di questi benefici con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta.
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, residenzialità leggera, ecc)
- oppure
- è in carico ad altre misure (es. DGR 7769/2018 RSA aperta, residenzialità leggera, ecc) quale \_\_\_\_\_
8. di essere consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere anche un accesso domiciliare da parte di personale della ASST
- \_\_\_\_\_
9. di essere a conoscenza che l'ATS e l'ASST \_\_\_\_\_ 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;
10. 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), ex art. 13:
- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per la quale sono stati raccolti;
  - il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
  - il conferimento dei dati è obbligatorio per dare corso alla procedura;
  - titolari del trattamento è l'ATS dell'Insubria e l'ASST \_\_\_\_\_;
  - responsabile del trattamento è il dirigente responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
  - in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003.

A tal fine

## ALLEGA

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

- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;**
- 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
a. persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)	scheda diagnosi con descrizione punteggio Glasgow Coma Scale ( $\leq 10$ )
b. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24h/7gg)	relazione pneumologia con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con prescrizione alla ventilazione 24h/7gg
c. persone con grave o gravissimo stato di demenza	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con Clinica Dementia Rating Scale ( $\geq 4$ )
d. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con scala ASIA Impairment Scale (grado A o B)
e. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare	relazione 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>
f. persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva e uditiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• visita oculistica con certificazione del visus residuo</li> <li>• visita ORL con relazione certificante la media dei decibel HTL tra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.</li> </ul>
g. persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con la classificazione del DSM-5 con indicazione del livello di gravità (livello 3)
h. persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo	relazione con diagnosi e valutazione clinico-funzionale con la classificazione DSM-5 e QI ( $\leq 34$ ) e Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardation ( $\leq 8$ )
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 psichiche.	<p>Le equipe pluri professionali delle ASST, come in passato, rilevano il livello di compromissione della funzionalità della persona, indipendentemente dal tipo di patologia e /o menomazione utilizzando i criteri indicati nell'allegato 2 del Decreto FNA 2016 opportunamente integrati e di seguito elencati:</p> <p><b><u>in almeno 1 dei seguenti domini:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motricità;</li> <li>• stato di coscienza;</li> </ul> <p><b><u>e in almeno 1 dei seguenti altri domini:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• respirazione;</li> <li>• nutrizione.</li> </ul> <p>Sono persone in condizione di dipendenza vitale anche quelle che sono compromesse <b><u>in un solo dominio:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• respirazione: ventilazione assistita</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>oppure</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nutrizione: alimentazione parenterale attraverso CVC.</li> </ul>

**altra documentazione sanitaria:** (specificare):

---

- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale** della persona affetta da gravissima disabilità copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da gravissima disabilità): in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori;
- copia permesso di soggiorno in corso di validità - in caso di cittadino non comunitario;**

- modello "Comunicazione dati economici";
- Modello 1 - Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 4, commi 1 e 2 e art 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 ove necessario;
- modello ISEE ordinario valido alla data di presentazione della domanda attestante la condizione socio-economica della persona.  
*Si precisa che tale documentazione è richiesta ai fini della formazione della graduatoria di accesso come previsto dalla DGR n° X/7856 del 12.02.2018*
- "dichiarazione aggiuntiva per l'accesso alla misura regionale integrativa ai sensi della dgr n° x/7549 del 18.12.2017" - solo in caso di possesso dei requisiti

Ed infine

**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 responsabilità genitoriale)

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