

**All'Ambito Territoriale Sociale di Termoli**

**MODULO DISABILI GRAVISSIMI CON INDENNITA' 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**

*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. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

C.F.

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

**in qualità di**

(barrare la voce rispondente)

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

ovvero

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 MMG - 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)  $\leq 10$ ;
- 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)  $\geq 4$ ;
- 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  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , 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)  $\leq 8$ ;
- 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 psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;

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

<b>N.</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			

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

SAD disabili 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 prestazioni integrative/contributo mensile prestazione prevalente € \_\_\_\_\_.

### **ALL'UOPO RICHIEDE**

*(barrare una sola casella)*

- L'assegno di cura** ai fini della remunerazione del lavoro di cura e di assistenza della persona non autosufficiente/disabile svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 assunto direttamente dalla persona/famiglia (erogazione monetaria pari a 500 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico*.
- Sostegno** ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017 – Caregiver (erogazione monetaria pari a 500 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico*.
- Assistenza domiciliare sociale**, 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 punto 1) dell'avviso pubblico*.

### **DICHIARA ALTRESI'**

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, 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.;
- copia documento d'identità** in corso di validità del beneficiario e/o *care giver*.
- autocertificazione sottoscritta dal caregiver** relativa al suo domicilio (se diverso dalla residenza anagrafica) compatibile con l'assistenza al beneficiario di cure (*allegato 5*);
- 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*).

**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).

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

**Firma** \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto 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'ATS è tenuto.

### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore nonché Responsabile Amministrativo dell'ATS di Termoli, nella persona dell' avv. Antonio Russo domiciliata per la carica in Termoli-86039 (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Via Madonna delle Grazie n. 2 (Tel. 0875712201).

### **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il Responsabile della protezione dei dati è la società *AFA Systems s.r.l.*, sede legale: via Conte Rosso 21/A, Campobasso, email: [dpo@afasystems.it](mailto:dpo@afasystems.it), Tel.: 06 9293 5246. Referente: ing Francesco Amorosa.

### **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 FNA 2022 "Servizi ed azioni per persone non autosufficienti con disabilità grave e gravissima" D.G.R. n. 131 del 21/04/2023 e D.G.R. n. 414 del 28/12/2023.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679. 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, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'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 particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" 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 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 dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

1. chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
2. 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;
3. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
4. ottenere la limitazione del trattamento;
5. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
6. opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
7. opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
8. 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;
9. revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
10. proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS di Termoli, in persona del Coordinatore nonché Responsabile Amministrativo dell'ATS di Termoli avv. Antonio Russo, all'indirizzo postale della sede legale – Termoli (CB) via Madonna delle Grazie n. 2 - o all'indirizzo Pec: [ambito.termoli@pec.comune.termoli.cb.it](mailto:ambito.termoli@pec.comune.termoli.cb.it).

Io sottoscritto/a dichiaro/a di aver ricevuto l'informativa che precede e alla luce dell'informativa ricevuta

- esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.
- esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali agli enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.
- esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Letto, confermato e sottoscritto,

Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)