AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI TERMOLI

All. n.1

MODELLO DI DOMANDA LETTERA A

All'Ambito Territoriale Sociale di Termoli

DOMANDA DI AMMISSIONE AGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI A VALERE SUL FNA 2020.

D.G.R. n. 79 del 06/03/2020

Il sottoscritto

Cognome	Nome	
Nato a	Il	
Residente a	Via	n.
Tel.		
C.F.		

CHIEDE in qualità di:

☐ Beneficiario diretto

oppure:
(barrare la voce che ricorre)

☐ Familiare (*caregiver*)
☐ Tutore
☐ Curatore
☐ Amministratore di sostegno

di

Cognome	Nome	
Nato a	Il	
Residente a	Via	n.
Tel.		
C.F.		

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2019-2021 *"Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio". Fondo Non Autosufficienza anno 2020.*

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 sig./sig.ra _____, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di ***disabilità severa*** e ***non autosufficienza*** rientrante in una delle seguenti patologie:

(a pena di esclusione: barrare una sola casella)

- ☐ **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, incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer, 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 ≤ 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.

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di avere un valore ISEE (art. 6 DPCM 159/2013), in corso di validità, uguale o inferiore ad euro cinquantamila (€ 50.000,00) ovvero di avere un valore ISEE (art. 6 DPCM 159/2013), in corso di validità, uguale o inferiore ad euro sessantacinquemila (€ 65.000,00) poiché il beneficiario è persona minorenne.

2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

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

- ☐ SAD disabili n. ore ___ settimanali;
- ☐ SAD anziani n. ore ___ settimanali
- ☐ Assistenza Infermieristica
- ☐ Home Care Premium (NB: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2019-2021) n. ore___ mensili/contributo mensile €_____.

ALL'UOPO RICHIEDE

(a pena di esclusione, barrare una sola casella)

- ☐ **Contributo per il caregiver** con la corresponsione di un sostegno economico, dell'importo mensile di **euro 400,00**, ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza;
- ☐ **Acquisto** da cooperative, soggetti accreditati, personale qualificato contrattualizzato direttamente dalla famiglia, di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano assistenziale personalizzato**,** dell'importo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, garantito attraverso trasferimenti monetari.
- ☐ **Azioni di supporto** individuate nel progetto personalizzato, il cui costo, preventivamente autorizzato, può essere rimborsato, fino ad un massimo di euro 3.000,00, comprensivo di IVA la cui eventuale spesa eccedente deve essere sostenuta dal beneficiario ovvero ricoveri di sollievo in strutture regionali socio-sanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, con l'onere della quota sociale fino ad un massimo di € 38,00 al giorno, a carico dell'ATS per un periodo continuativo nel corso dell'anno di numero 15 giorni.

DICHIARA ALTRESI'

a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Termoli, c/o Comune di Termoli, Via Sannitica n. 5, 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 Termoli, 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 Termoli, 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. Modalità di erogazione del contributo spettante nel caso di accoglimento della domanda:

Modalità di erogazione del contributo spettante nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____
indicare eventuale cointestatario _____

SI PREGA DI ALLEGARE COPIA VISIBILE E LEGGIBILE (NON TRASCRITTA) DEL DOCUMENTO ATTESTANTE IL CODICE IBAN DEL BENEFICIARIO/CAREGIVER.

SI ALLEGANO
(a pena di esclusione)

☐ **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente;
☐ **copia documento d'identità** in corso di validità del suo *caregiver*;
☐ **copia del Verbale della Commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;

(alternativamente)

☐ **Scala di valutazione: per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h)** debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e 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,** debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.

INOLTRE

☐ Attestazione ISEE (art. 6 DPCM 159/2013) in corso di validità.

Qualora impossibilitato nella produzione dell'attestazione ISEE

☐ SI IMPEGNA a trasmettere all'ATS di Termoli l'attestazione ISEE (art. 6 DPCM 159/2013) in corso di validità entro 15 giorni dalla data di scadenza dell'Avviso Pubblico attraverso le modalità previste nell'Avviso.

Luogo e data_____

Firma del richiedente

_____

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'Ufficio di Piano dell'ATS Termoli, nella persona dell' avv. Antonio Russo domiciliata per la carica in Termoli-86039 (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede al L.go Martiri delle Foibe,s.n.c. (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*, *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 2020 "Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" D.G.R. n. 79 del 06/03/2020.

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 Termoli, in persona del Coordinatore nonché Responsabile Amministrativo dell'Ufficio di Piano dell'ATS Termoli avv.Antonio Russo, all'indirizzo postale della sede legale - Termoli(CB) Largo Martiri delle Foibe, s.n.c.- o all'indirizzo Pec: 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)