Repubblica Italiana

REGIONE SICILIANA
Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro
Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali
Servizio n.5
"Fragilità e Povertà"

Allegato A) al D. A. n.113 del 23 OTT. 2018

Avviso pubblico

Avviso per la presentazione delle richieste per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

Art.1

Si informa che ai sensi del comma 5 bis dell'art. 30 della l.r. n.8/2018 sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico esclusivamente per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

Art. 2

I familiari dei diretti interessati o loro rappresentanti legali devono presentare istanza al PUA competente per territorio di residenza o presso il Distretto Socio Sanitario competente per territorio **dall' 1.11.2018 all' 1.12.2018.**

Art.3

L'accesso al beneficio economico, nei limiti degli stanziamenti di bilancio esercizio finanziario 2019, previsto dalla norma sopracitata, è subordinato alla verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e previa firma del Patto di Cura in favore del soggetto beneficiario. La percezione del beneficio decorrere dalla data di sottoscrizione del suddetto Patto di Cura .

Art.4

Le procedure di valutazione e definizione di ogni singola istanza dovranno essere definite, delle ASP territorialmente competenti, entro 90 giorni decorrenti dalla data del **2.12.2018**

L'istanza dovrà essere effettuata compilando l'apposito modulo allegato al presente avviso

Il Dirigente
Dott.ssa Maria Ippolito

Al PUA / Distretto Socio Sanitario_____

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt_____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445, dichiara di essere:

nat____ **a** _____ **il** _____

di essere residente a _____ **in Via** _____

n._____ **codice fiscale** _____ **tel.** _____

cell. _____ **e-mail**_____

In qualità di Beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)
_____

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig./ra _____

nat____ **a** _____**il** _____

di essere residente a _____**in Via** _____

n._____ **codice fiscale** _____**tel.**_____

cell._____ **e-mail**_____

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e previa firma del Patto di Cura in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

A TAL FINE DICHIARA

Che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 5 Febbraio 1992 n.104 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

E RITENENDO

☐ Che per il beneficiario sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016 in quanto trovasi in almeno una delle seguenti condizioni (barrare la casella interessata);

☐ **A) 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) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/7gg.);**

☐ **C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla Scala Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;**

☐ **D) 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 e B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;**

☐ **E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo < ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) e con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <9, o in stadio 5 di Hoeln e Yahr mod;**

☐ **F) 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 herz nell'orecchio migliore;**

☐ **G) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;**

☐ **H) 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 (LAP-MER)<=8;**

☐ **I) in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.**

☐ **Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.**

Allega alla presente:

☐ **Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;**

☐ **Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;**

☐ **Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.**

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

☐ **copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge L.104/92, art.3 comma 3;**

☐ **copia del provvedimento che riconosce l' indennità di accompagnamento;**

☐ **Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa certificazione medica comprovante i medesimi .**

☐ **ISEE**

La Sig.ra/Il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e correttoe per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art.19.
L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.Lgs. n.196/03.

IL RICHIEDENTE

_____