



DOMANDA DI CONTRIBUTO MENSILE
ALLE PERSONE CON GRAVISSIME DISABILITA'
ai sensi della D.G.R. Lombardia n.7856 del 12 febbraio 2018 ex D.G.R. 5940/16

ATS Pavia
Viale Indipendenza, 3
27100 Pavia

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

in condizioni di disabilità gravissima per:

- a. coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10 ;
- b. dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) $>= 4$;
- d. 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. 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. 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. gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h. 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) ≤ 8 ;
- i. ogni altra condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

nato/a a _____ il _____

CF _____

residente a _____ prov _____ c.a.p. _____ via _____ n. _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

MMG/PLS _____ Invalidità _____

Stato Civile _____ Titolo di Studio _____ Professione _____

Situazione Pensionistica _____

OVVERO

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
in qualità di:

- tutore;
- curatore;
- amministratore di sostegno;
- genitore (1);

nato/a a _____ il _____

CF _____

residente a _____ prov _____ c.a.p. _____ via _____ n. _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

del sig./della sig.ra

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____

CF _____

residente a _____ prov _____ c.a.p. _____ via _____ n. _____

MMG/PLS _____ Invalidità _____

Stato Civile _____ Titolo di Studio _____

Professione _____ Situazione Pensionistica _____

in condizioni di disabilità gravissima per:

- a. coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10 ;
- b. dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 ;
- d. 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. 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. 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. gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h. 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) ≤ 8 ;
- i. ogni altra condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

CHIEDE

il riconoscimento del buono mensile a favore delle persone con gravissime disabilità, previsto dalla D.G.R. Lombardia n.7856 del 12 febbraio 2018

A TAL FINE DICHIARA CHE

- è residente in Regione Lombardia;
- è beneficiaria di indennità di accompagnamento o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013;
- **è a conoscenza che il contributo in questione è incompatibile con:**
 1. accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 2. ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 3. inserimento in Unità d'offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali, con frequenza strutturata e continuativa (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo, CSE);
 4. presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
 5. sostegni DOPO DI NOI laddove la DGR n. 6674/2017 non preveda la compatibilità.
- è a conoscenza che l'ATS e l'ASST ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere ad 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;
- si impegna a comunicare tempestivamente all'ATS (Ente erogatore del contributo) qualunque variazione che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla D.G.R. 7856/2018.

Indica i dati anagrafici e i recapiti del/dei/familiare/i care-giver di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto e al quale inviare eventuali comunicazioni:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a _____ il _____ residente a _____ prov _____

via _____ n. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____ grado parentela _____

convivente non convivente

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a _____ il _____ residente a _____ prov _____

via _____ n. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____ grado parentela _____

convivente non convivente

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 (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato).....

prov.(.....) 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 (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato).....

prov.(.....) 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

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....

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.

Luogo e data

Il Pubblico Ufficiale (nome e cognome e qualifica)

.....



INFORMATIVA PRIVACY - TESTO UNICO “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” (D.Lgs. 196/2003)

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, informiamo che la ATS della provincia di Pavia tratterà i dati personali da Lei forniti (Interessato) e liberamente comunicati, garantendo che il trattamento dei dati personali si svolgerà nel rispetto del Dlgs. 196/03 e s.m.i.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 COMMA 1, LETT. A D.LGS. 196/2003)

Tutti i dati personali comunicati dal soggetto Interessato, acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti e che sono connessi, strumentali e inerenti alla valutazione del richiedente per l'erogazione degli interventi previsti dalla dgr 2942/2014.

2. LE MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 COMMA 1, LETT. A D.LGS. 196/2003)

Il trattamento dei dati personali avviene all'interno delle sedi operative della ATS della provincia di Pavia e qualora fosse necessario, presso i soggetti indicati al punto 4, utilizzando sia supporti cartacei che informatici, per via sia telefonica che telematica, anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, con l'osservanza di ogni misura cautelativa, che ne garantisca la sicurezza e la riservatezza. I dati inoltre sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o trattati.

3. NATURA DELLA RACCOLTA E CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE MANCATO CONFERIMENTO (ART. 13 COMMA 1, LETT. B E C D.LGS. 196/2003)

Il conferimento dei dati personali da parte dell'Interessato è obbligatorio per le finalità previste al punto 1. Il loro mancato conferimento comporta la mancata erogazione del servizio.

4. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (ART. 13 COMMA 1, LETT. D D.LGS. 196/2003)

I dati personali dell'Interessato, qualora fosse necessario, potranno essere comunicati sia ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva, sia ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale all'erogazione del servizio compresi i Responsabili dei trattamenti e gli Incaricati, nominati ai sensi del D.Lgs. 196/2003. I dati sensibili non vengono in alcun caso diffusi.

5. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 COMMA 1, LETT. F D.LGS.196/2003)

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ATS della provincia di Pavia.

Alla data odierna, la Dott.ssa Loredana Niutta, Direttore del Dipartimento PIPSS, è la Responsabile del Trattamento per l'ambito relativo all'assistenza domiciliare e alle attività a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ed è reperibile, congiuntamente all'elenco aggiornato dei Responsabili, presso la sede della ATS della provincia di Pavia, in Viale indipendenza, 3 - 27100 Pavia, tel. 0382-4311/2.

L'elenco completo dei Responsabili di Trattamento per l'ATS di Pavia è reperibile al link http://asl.pavia.it/Elenco_resp.pdf

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO (ART. 7 D.LGS. 196/2003) (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 del titolare, 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, ancorche' pertinenti allo scopo della raccolta; b) 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.

I diritti di cui sopra potranno essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità dall'Interessato al Titolare o ad uno dei Responsabili, anche tramite un Incaricato, che forniranno all'Interessato stesso idoneo riscontro senza ritardo. L'Interessato che intende far valere i propri diritti può compilare e far recapitare l'apposito modulo (modello per rivolgersi al titolare o responsabile del trattamento) consultabile e scaricabile presso il sito del Garante Privacy (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924>). La richiesta, rivolta al Titolare o al Responsabile, potrà essere trasmessa anche mediante lettera raccomandata, fax o posta elettronica.

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome		
Via		Località	C.A.P.	Prov.
Telefono	Fax	E-mail		

Familiare/amministratore di sostegno/tutore di(indicare solo nel caso in cui il firmatario non sia il beneficiario)

dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Luogo e data _____ Firma _____

presta il consenso

nega il consenso

al trattamento dei propri dati personali (o dei dati riferiti al soggetto tutelato) per la finalità (Art.13 comma 1, lett. AD.Lgs. 196/2003), di cui al punto 1 dell'informativa.

Luogo e data _____

Firma _____