





Ambito Territoriale Sociale di Agnone

- Ufficio di Piano -

 Via G. Verdi, 9 - 86081 AGNONE (IS)

 0865/723228
FAX 0865/77512

 www.ambitoagnone.it

e-mail: ambitoagnone@yahoo.it
pec: ambitoagnone@cert.regione.molise.it

“LETTERA A”

Al Comune di residenza

Domanda di ammissione al PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2015 AZIONI ED INTERVENTI IN FAVORE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA

di cui alle Deliberazioni di G.R. n. 163 del 26/04/16 e n.270 del 10/06/2016

Il /la sottoscritt_____ Cognome_____ Nome_____

Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____ Residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Nella qualità di:

Beneficiario diretto,

Oppure:

Familiare del paziente in condizioni di disabilità (*care giver*);

Tutore del paziente in condizioni di disabilità gravissima;

Curatore

Amministratore di sostegno del paziente in condizioni di disabilità gravissima;

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

Di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2015 “Azioni ed Interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime”, ai sensi delle delibere di G.R. n. 163 del 26/04/16 e n. 270 del 10/06/2016.

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

- a) Che il soggetto _____, si trova in condizioni di disabilità gravissime tale da richiedere azioni di supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempra aspetti sociali e sanitari.
- b) Che il suo nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie (SAD disabili, SAD anziani, Home Care Premium, Assistenza tutelare di base, assistenza infermieristica, ecc.....);

All'uopo richiede (barrare una sola voce):

- Contributo economico** al *care giver* per l'importo di euro 400,00 mensili;
- Sostegno economico**, garantito attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto da cooperative o soggetti accreditati di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano personalizzato (*voucher*);
- Servizio Assistenza Domiciliare SAD**, per un numero di ore variabili da un minimo di 8 h ad un max. di 14 h settimanali per 52 settimane;
- Interventi di trasporto, acquisto ausili o presidi**, preventivamente autorizzati (non previsti dal nomenclatore sanitario) fino all'importo max. rimborsabile (fino al concorrimiento delle risorse disponibile per l'ATS di Agnone) retando l'eventuale maggiore spesa a carico dell'assistito;
- Supporto alla famiglia attraverso il rimborso delle spese per il ricovero di sollievo presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale**, attrezzata a garantire le cure necessarie (nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare) con l'onere della quota sociale fino ad un max. di € 38,00 al giorno, per un periodo continuativo nel corso dell'anno di 15 giorni;

Il contributo economico pari ad euro 400,00 mensili destinato al *care giver* verrà concesso in assenza della fruizione di prestazioni domiciliari rese nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare comunale (SAD) e/o garantite nell'ambito dell'assistenza tutelare e del SAD disabili erogato dall'ATS. A tale intervento verrà destinato solo il 20% delle risorse assegnate all'ATS di AGNONE, di cui potranno beneficiare i pazienti valutati in condizione di maggiore severità.

DICHIARA ALTRESI'

- a) Di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, c/o Comune di AGNONE, Via Verdi 9, 86081 Agnone (IS) di eventuali ricoveri presso strutture regionali socio sanitarie o assistenziali attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dal familiare o previste dal PAI;
- b) Di essere a conoscenza che l'ATS di AGNONE, 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 AGNONE, 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.

Nel caso di accoglimento della domanda il beneficiario, anche tramite il richiedente, se diverso, sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:

Accredito in c/c intestato a proprio nome _____

Cointestato al/la signor/a _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- Certificazione sanitaria specialistica attestante una delle patologie elencate nell'ALLEGATO "A";
- Scala di valutazione CDR (se in possesso);
- Scala di valutazione CIRS (se in possesso).

Luogo e data

Firma del richiedente

Informativa ai sensi dell'ART. 13 D. LGS. 196/2003

Ai sensi della direttiva comunitaria 95/46/CE e dell'art. 13 D.lgs. italiano n. 196/2003 - codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito denominato solo "codice"), La/Vi informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di AGNONE (di seguito ATS) è finalizzato unicamente alla corretta completa formazione della verifica dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui al Programma Attuativo "Interventi per le persone in condizioni di disabilità gravissime residenti nella Regione Molise", giusta delibera di G.R. n. 603/2014;

2. Modalità di trattamento

I dati verranno trattati in maniera lecita e corretta secondo quanto previsto dalle direttive comunitarie e dal codice. Il trattamento sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, dotati di procedure e sistemi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni secondo le previsioni di legge in materia. Il trattamento è svolto direttamente dall'ATS del titolare responsabile e dai soggetti da esso incaricati.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. L'eventuale rifiuto di conferire i dati comporta l'esclusione dal concorso al Programma Attuativo in parola e l'impossibilità di partecipare alla manifestazione.

4. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati solo all'interno dei Comuni facenti parte dell'A.T.S. o da altri Enti che ne facciano richiesta per le medesime finalità. I dati personali non sono soggetti a diffusione se non nei limiti di quanto previsto al precedente punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte di forze dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello Stato Italiano sia dello Stato di provenienza dell'interessato.

5. Diritti dell'interessato

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 del Codice:

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) 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 rettifica 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 per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

5. Il titolare responsabile del trattamento dei dati personali è Il Coordinatore d'Ambito Dr. Antonio MELONE, c/o Comune, Via Verdi n. 9, 86081 AGNONE.

6. Per esercitare i diritti previsti dal presente articolo e dal codice l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata al titolare responsabile del trattamento.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI
--

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

acconsento

non acconsento

Al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,
Alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 dell'informativa,
Al trasferimento dei dati all'estero come indicato al punto 5 dell'informativa.

Nome e cognome del richiedente

(Firma leggibile)

I pazienti compresi nella lettera A sono:

- Persone con gravi patologie degenerative non reversibili in ventilazione meccanica assistita o NIV a permanenza h24 o coma, lo stato deve essere certificato da documentazione clinica specialistica rilasciata da specialisti e/o strutture del servizio sanitario pubblico e/o accreditate;
- Pazienti affetti da SLA, la patologia deve essere certificata da centri specialistici pubblici e/o accreditati;
- Persone con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs (Clinical Dementia Rating scale), con punteggio 4; stato documentato da certificazione medica rilasciata da specialisti del servizio sanitario pubblico e/o accreditato, unitamente alla scala di valutazione debitamente compilata, firmata e datata;
- Persone con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) a 14 item) con indice di severità uguale o maggiore a 3 e con indice di comorbilità uguale o maggiore di 3 e con almeno altre due patologie non concorrenti, oltre la principale. Le pluripatologie devono essere documentate da certificazione medica rilasciata da specialisti del servizio sanitario pubblico e/o accreditato, unitamente alla scala di valutazione debitamente compilata, firmata e datata;
- Persone con gravissimi disagi psichici, che necessitano di assistenza vigile h24 e con grave rischio per la loro incolumità vitale, condizione certificata da specialisti del DSM;
- Persone con gravissimi disagi intellettivi che necessitano di assistenza vigile h24 e con grave rischio per la loro incolumità vitale, condizione certificata da specialisti del servizio sanitario pubblico e/o accreditato;
- Persone affette da sordocecità che necessitano di assistenza vigile h24 e con grave rischio per la loro incolumità vitale, stato certificato da specialisti del servizio sanitario pubblico e/o accreditato;
- Persone con cerebro lesioni o stati vegetativi che necessitano di assistenza vigile h24 e con grave rischio per la loro incolumità vitale, lo stato deve essere certificato da documentazione clinica specialistica rilasciata da specialisti e/o strutture del servizio sanitario pubblico e/o accreditate;