



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL
BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE
RETI SOCIALI**

Allegato 1

**Modello di domanda di accesso all'Assegno di cura
per pazienti non autosufficienti gravissimi**



Alla ASL di _____

Responsabile Amministrativo Assegni di cura

Via _____

CAP Comune (Prov)

Oggetto: Domanda di ammissione alla misura "Assegno di cura" per gravissimi non autosufficienti. Rif. Del. G.R. n. 1152/2017 e atti conseguenti.

SOGGETTO RICHIEDENTE

A Soggetto beneficiario finale³

B Soggetto diverso dal beneficiario finale

Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (DPR 445/2000); la documentazione cartacea comprovante i requisiti previsti dall'Avviso sarà consegnata successivamente a seguito di espressa richiesta da parte della ASL competente.

INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE

Richiede il beneficio:

Soggetto beneficiario finale

Soggetto parente o affine del beneficiario finale

Specificare relazione con il beneficiario

Altro⁴

CODICE FISCALE

del Beneficiario finale

CODICE FISCALE

³ Per beneficiario finale si intende la persona disabile o anziana, in condizione di gravissima non autosufficienza, a cui sono riferiti i requisiti per l'ammissibilità alla misura "Assegno di cura"

⁴ Tutore (indicare riferimenti della designazione formale), Amministratore di sostegno (indicare riferimenti della designazione formale), Care Giver regolarmente contrattualizzato (indicare i riferimenti del contratto di lavoro in essere)



del Soggetto dichiarante la DSU ISEE per il nucleo familiare del Beneficiario finale
(se diverso)

Protocollo **ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO⁵** rilasciata da INPS

per il nucleo familiare del soggetto beneficiario finale

(da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)

Data di rilascio della certificazione
anno

giorno

mese

DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO FINALE

(da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)

Nome

Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita

giorno

mese

anno

Luogo di residenza

Prov.

Via/Corso/Strada
civ.

n.

Luogo di domiciliazione

Prov.

Via/Corso/Strada

n. civ.

Telefono

Email

⁵ Si precisa che la Certificazione ISEE rilasciata da INPS, di cui fornire il protocollo INPS e la data di rilascio, è riferita all'ISEE ordinario, atteso che l'ISEE in questa procedura non è da considerarsi come requisito di accesso, ma esclusivamente come uno dei criteri di valutazione multidimensionale, quale proxy della condizione socioeconomica familiare, da considerare in una misura che assicura il sostegno al reddito per un nucleo familiare che sostiene oneri per le attività di assistenza diretta e indiretta di persone non autosufficienti.



Soggetto beneficiario finale percettore indennità di accompagnamento o comunque non autosufficiente ai sensi della quarta colonna del prospetto dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013

SI

NO

(se no, bloccare, a meno che non si selezioni la lettera a) o d) della sezione DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO)

DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE DELEGATO (PARENTE O AFFINE O ALTRO)

(da compilare solo se diverso dal soggetto beneficiario richiedente)

Nome Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita giorno mese anno

Luogo di residenza Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Luogo di domiciliazione Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Telefono Email

CODICE FISCALE

INFORMAZIONI RELATIVE AL NUCLEO FAMILIARE del soggetto beneficiario finale
(da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)



- Avente diritto che vive da solo
- Avente diritto che vive solo con altro componente disabile/anziano
- Avente diritto che vive solo con il coniuge
- Avente diritto con nucleo familiare con più di 1 minore
- Avente diritto con nucleo familiare monogenitoriale
- Avente diritto con altri disabili nel nucleo familiare
- Avente diritto con nucleo familiare con coniuge e altri figli (non solo minori)

Tutti i componenti del nucleo familiare sono in condizione di assenza di lavoro

sì no

**DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO
BENEFICIARIO (da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)**

- a) Paziente in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)
- b) Paziente dipendente da ventilazione Meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) Paziente con grave o gravissimo stato di Demenza
- d) Paziente con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura
- e) Paziente con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare
- f) Paziente 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 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% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 HERTZ nell'orecchio migliore
- g) Paziente con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
- h) Paziente con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo
- i) Ogni altro paziente in 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 psico-fisiche

N.B.: Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima di cui alle lettere a), c), d), e), h), i), ai fini dell'ammissione al beneficio, si farà riferimento alle scale di valutazione di cui agli Allegati del Decreto Interministeriale del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e del Ministero Economia e Finanze per il Fondo Nazionale Non Autosufficienza 2016 (FNA 2016)



Possesso di SVAMA attestante una gravissima non autosufficienza connessa a patologia non reversibile e in stadiazione molto avanzata

indicare data di ultimo rilascio da parte della UVM del Distretto competente
__/__/____

Distretto ASL di _____

Possesso di SVAMA rilasciata nel corso del primo semestre 2017 attestante la condizione di gravissima non autosufficienza riconducibile a una delle suindicate patologie

indicare data di ultimo rilascio da parte della UVM del Distretto competente
__/__/____

Distretto ASL di _____

Possesso di certificazione di diagnosi specialistica, rilasciata nel corso del primo semestre 2017, attestante la condizione di gravissima non autosufficienza

(ALLEGARE se selezionato NO per il possesso della indennità di accompagnamento unitamente alle lettere a) o d) della sezione DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO)

indicare data di ultimo rilascio da parte di Struttura specialistica del SSN-SSR
__/__/____

Struttura del SSN o SSR che ha rilasciato la certificazione

DATI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Nome

Cognome

MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

(da utilizzare previa verifica, in caso di ammissione al beneficio)

Accreditamento su c/c

Intestato a

IBAN

Banca

Filiale/Agenzia di



AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa sulla privacy

Accetto

Non accetto

***Nota:** Dopo avere completato la compilazione della domanda, il sistema genera il formato finale della domanda che si prega di verificare rispetto alla correttezza di tutti i dati indicati, prima di cliccare su INVIA per la consegna della domanda stessa.*

Il pdf della domanda dovrà essere stampato e firmato dal richiedente, completato con copia del documento di identità, per la successiva consegna all'Ufficio ASL competente, a seguito di richiesta da parte dello stesso.

LA DIRIGENTE
Sezione Inclusioni Sociali Attive e
Innovazione delle Reti Sociali
(Dr.ssa Anna Maria Candela)