

**Sistema integrato di interventi e servizi sociali**



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

**AVVISO PUBBLICO APERTO**

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA**

Vista la Legge Regionale n. 11 del 10 Agosto 2016 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;

Vista la DGR n. 662/2016 di attuazione della Legge Regionale sopra citata;

Vista la DGR n. 104 del 7 marzo 2017 “Linee guida operative agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale del 26 settembre 2016”;

viste le Determinazioni n. G15088 del 15/12/2016 e n.G15629 del 22/12/2016 con le quali sono stati ripartiti, assegnati e impegnati i fondi a favore degli ambiti territoriali per l'erogazione di prestazioni assistenziali domiciliari in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima;

Vista la D.G.R. n. 223/2016 "Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio" (così come modificata dalla D.G.R. n. 88 del 9/03/2017), che definisce l'Assistenza domiciliare un insieme di prestazioni sociali rese a domicilio, finalizzate a favorire la permanenza delle persone in condizioni di necessità nel proprio ambiente di vita, nonché ad elevare la qualità della vita delle stesse, ad evitare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione sociale.

**SI RENDE NOTO**

Che i cittadini residenti nei comuni di Marino e Ciampino, afferenti al Distretto Socio-Sanitario RM 6/3, in condizione di disabilità gravissima, ivi comprese quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) come definite dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 possono presentare domanda di accesso al contributo regionale.

Ai soli fini del Decreto, si intendono in condizione di disabilità gravissima le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.159 del 2013 e per le quali sia verificata una delle seguenti condizioni:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) $\leq 10$
b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)
c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) $\geq 4$
d) persone 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) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo $\leq 1$ ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

(EDSS) $\geq$ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod
f) persone 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) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
h) persone con diagnosi di 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) $\leq 8$
i) ogni altra persona 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 psicofisiche

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalla Regione, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagna il rilievo funzionale.

## INTERVENTI

Il presente Avviso Pubblico Aperto prevede, in funzione del punteggio che determina la graduatoria e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, il riconoscimento di uno dei seguenti contributi economici:

- **“Assegno di cura”**: è un contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia.
- **“Contributo di cura”**: è un contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare*, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

Si intende per *care giver familiare* la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente, o comunque in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di sé.

### “ASSEGNO DI CURA”

Gli assegni di cura, ai sensi dell'art. 25 comma 2 lett. a della L.R. 11/16, sono benefici a carattere economico o titoli validi per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati dal sistema integrato finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura dei familiari non autosufficienti.

## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

L'assegno di cura è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro.

Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice civile.

L'assegno di cura è **compatibile** con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, *componente sanitaria*;
- interventi riabilitativi sanitari a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

L'assegno di cura **non viene riconosciuto** o, se già attribuito, **viene interrotto** nei casi seguenti:

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
- trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra regione.

L'assegno di cura **non è cumulabile** con altri interventi di assistenza, *componente sociale*, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona.

L'Assegno di cura sarà eventualmente erogato agli aventi diritto sulla base della graduatoria aggiornata della Disabilità Gravissima e nei limiti delle risorse disponibili in ambito distrettuale.

L'importo minimo da erogare è di 800,00 Euro mensili per ciascuna persona nelle condizioni di disabilità gravissima come indicata dall'art.3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016. Tale importo può essere graduato in sede di definizione del PAI, fino ad un massimo mensile di Euro 1.200,00, sulla base dei diversi interventi programmati, del contesto relazionale e ambientale, del supporto riconducibile alla rete familiare e/o informale esistente, delle condizioni di autonomia finanziaria (economiche) oggetto di valutazione attraverso apposita Scheda di Valutazione Multidimensionale (S.V.M.) che integra il punteggio per le patologie gravissime così come indicato nel Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/09/2016 (pubb. G.U. Serie Generale n.280/2016), con quello derivante dalla situazione sociale, economica e familiare individuata.

Nell'accesso all'assegno di cura, si indicano quali criteri di priorità:

- la continuità per i soggetti già inseriti le cui condizioni rientrano nella casistica di cui all'art. 3 del decreto citato;

## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

- l'ampliamento alla nuova utenza individuata come beneficiaria dal decreto, per la quale sussiste un preciso obbligo di inserimento nelle programmazioni regionali degli interventi ai sensi dell'art.3 comma 4 del decreto;
- la valutazione dell'ISEE per i nuclei familiari con componenti con disabilità, secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E)" e la legge 26 maggio 2016, n.89;
- l'implementazione delle ore di assistenza necessarie a seguito di rivisitazione del PAI integrato.

### “CONTRIBUTO DI CURA” PER IL CAREGIVER

Il “Contributo di Cura” viene riconosciuto al caregiver familiare che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente.

Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e deve confrontarsi costantemente, oltretutto con un referente per l'assistenza sanitaria, anche con il responsabile del PAI, che diventa la sua figura di riferimento.

Il contributo di cura è **cumulabile** con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo; **non è cumulabile** con l'”Assegno di cura” di cui sopra e con altri interventi di assistenza, **componente sociale**, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali.

Il contributo di cura è **compatibile** con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, *componente sanitaria*;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

Il contributo di cura eventualmente riconosciuto sulla base della graduatoria aggiornata della Disabilità Gravissima, verrà erogato alla persona beneficiaria nella misura di 700,00 Euro mensili nei limiti delle risorse disponibili in ambito distrettuale.

### MODALITA' DI EROGAZIONE

Il Distretto Socio-Sanitario RM 6/3, aggiornerà a cadenza semestrale la graduatoria per la Disabilità Gravissima, in riferimento ai periodi Gennaio-Giugno e Luglio-Dicembre. Nei limiti delle risorse disponibili in ambito distrettuale, scorrendo la Graduatoria saranno attivati nuovi utenti nel progetto, ai quali verrà corrisposto il contributo economico individuato sulla base del PAI, comprensivo di ogni onere correlato al servizio. Il contributo sarà erogato secondo una cadenza temporale mensile. L'utente sarà tenuto a presentare, con pari cadenza mensile, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore o una relazione degli interventi effettuati, opportunamente documentate. La presentazione della documentazione è condizione indispensabile all'ottenimento del contributo.

## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

L'“assegno di cura” ed il “contributo di cura” verranno erogati mediante bonifico bancario in favore della persona assistita.

L'erogazione dei contributi in oggetto, a favore dei partecipanti al presente Avviso Pubblico Aperto, è subordinata alla concessione delle relative contribuzioni da parte della Regione Lazio. Pertanto l'ammissione delle richieste di contributo non vincola in nessun modo il Distretto Socio-Sanitario all'erogazione dello stesso. Le richieste verranno evase nei limiti delle risorse disponibili in osservanza ai criteri descritti di seguito. Con cadenza semestrale, in riferimento alle domande presentate da gennaio a giugno e da luglio a dicembre, verrà aggiornata due volte l'anno la graduatoria della Disabilità Gravissima per individuare i soggetti idonei al contributo. Tali soggetti verranno eventualmente attivati scorrendo la graduatoria in ordine di punteggio e nei limiti delle disponibilità finanziarie distrettuali.

### MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di accesso all'“Assegno di cura” ed al “Contributo di cura”, corredata dagli allegati richiesti, deve essere indirizzata ai Servizi Sociali dei Comuni di Ciampino e Marino e deve essere consegnata ai rispettivi uffici di Protocollo.

Comune di Ciampino: Largo felice Armati 1 – 00043

Comune di Marino: Piazza della Repubblica 1 - 00047

L'istanza deve essere formulata, dal diretto interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il “Modello di istanza per la richiesta dell'assegno di cura/contributo di cura a favore di persone affette da disabilità gravissima” reperibile presso: i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 6/3 di Ciampino, di Marino e delegazione di Frattocchie, il Punto Unico di Accesso (PUA) presso la ASL RM 6 - Distretto Sanitario 3 di Ciampino o effettuando il download dai siti istituzionali dei comuni del Distretto. Le domande presentate entro il 30 giugno di ogni anno saranno inserite nell'aggiornamento della graduatoria gennaio-giugno, le altre seguiranno l'aggiornamento luglio-dicembre. La presentazione delle domande non ha scadenza fino a successivo Avviso Pubblico.

Per informazioni:

Comune di Ciampino: 0679097315, 0679097309

Comune di Marino: 0693662248, 0693022355

Il Responsabile del procedimento è Maria Pisaturo.

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Al “Modello di istanza per la richiesta dell'assegno di cura/contributo di cura a favore di persone affette da disabilità gravissima” deve essere allegata la seguente documentazione:

1. certificato di invalidità con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/1998
2. Certificazione Medica Specialistica che attesti una delle condizioni previste nell'Art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016;

**Sistema integrato di interventi e servizi sociali**



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

3. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
4. documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
5. attestazione ISEE o DSU in corso di validità.

**ISTRUTTORIA E AMMISSIONE**

Il Distretto Socio-Sanitario RM 6/3, a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate relative ai semestri gennaio-giugno e luglio-dicembre di ciascun anno, provvederà all'istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse; curerà inoltre, attraverso il Comitato Tecnico e le UU.OO della ASL RM 6, la successiva valutazione sociale e sanitaria avvalendosi dell'Unità Valutativa Multidimensionale, al fine di consentire gli adempimenti consequenziali.

Il Distretto Socio-Sanitario RM 6/3, a cadenza semestrale, a seguito di acquisizione dei Verbali di valutazione, redigerà ad integrazione e sostituzione della precedente, la graduatoria della Disabilità Gravissima aggiornata. Le nuove attivazioni riguarderanno i soggetti presenti in graduatoria, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e seguiranno le procedure per l'erogazione dell'*Assegno di cura/Contributo di cura* secondo le modalità previste dal Piano di Assistenza Individuale (PAI).

**CRITERI DI VALUTAZIONE**

La valutazione multidimensionale del richiedente, ai fini della determinazione della gravità della situazione sia dal punto di vista della patologia comportante disabilità gravissima, sia dal punto di vista delle criticità sociali, verrà effettuata dall'unità multidisciplinare UVM in cui sono presenti la componente clinica e sociale. Attraverso lo strumento della Scheda di Valutazione Multidimensionale (S.V.M.) sarà integrato il punteggio per le patologie gravissime così come indicato nel Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/09/2016 (pubb. G.U. Serie Generale n.280/2016), con quello derivante dalla situazione sociale, economica e familiare individuata. Il punteggio massimo per la parte clinica sarà di 65 punti, quello di area sociale sarà di 35 punti, per un totale massimo complessivo di 100.

Area di valutazione	Punti(max)
Situazione Sanitaria	65
Situazione Sociale	35
Totale:	100

## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

## MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Le prestazioni e gli interventi erogati attraverso gli *Assegni di cura/Contributi di cura* saranno oggetto di monitoraggio e valutazione con cadenza trimestrale da parte dei Servizi Sociali comunali di residenza del beneficiario, al fine di monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi di cui al PAI.

I Servizi Sociali verificheranno l'avvenuta esecuzione degli adempimenti legati all'atto di impegno sottoscritto (PAI), in particolare gli interventi domiciliari attivati e la valutazione della loro compatibilità, con l'obiettivo di tutela bio psico-fisica della persona assistita e di supporto alla famiglia; inoltre certificheranno la rendicontazione delle spese sostenute riconducibili alla eventuale gestione del rapporto di lavoro instaurato per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza, componente sociale.

Al riguardo l'utente è tenuto a presentare, al momento dell'attivazione del contributo, il contratto di assunzione del personale qualificato ed eventuale assicurazione RCT, successivamente con cadenza mensile, presenterà la opportuna documentazione delle spese sostenute.

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI  
FAMIGLIA**  
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:  
beneficiario dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per persone affette da disabilità gravissima

**richiedente per conto di:**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

**DICHIARA**

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma



**al Modello di istanza per Assegno di cura/Contributo di cura  
per persone affette da disabilità gravissima**

**INFORMATIVA PRIVACY**

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 6/3.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Ciampino, Capofila del Distretto Socio-Sanitario, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso Pubblico Aperto Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima, ai sensi della DGR n. 104/2017.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**



## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

Al Comune di \_\_\_\_\_

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA  
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)  
MODELLO DI ISTANZA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_



## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

in qualità di:

familiare

tutore (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)

**altro** (specificare: \_\_\_\_\_)

in favore di: (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- Assegnazione dell'“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Assegnazione del “Contributo di cura” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).



## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:	
(Cognome) _____	(Nome) _____
nato a _____	prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____	
prov. _____	
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
Codice fiscale _____	
Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____	
Convivente: [ ] sì [ ] no	

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

### Dichiara

di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

### Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.



## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

### ALLEGA

- Certificato di invalidità con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/1998;
- Certificazione Medica Specialistica che attesti una delle condizioni previste nell'Art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) $\leq 10$
b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)
c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) $\geq 4$
d) persone 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) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo $\leq 1$ ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod
f) persone 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) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
h) persone con diagnosi di 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) $\leq 8$
i) ogni altra persona 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 psicofisiche

- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (Allegato n. 1 al Modello di istanza);
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (*solo se diverso dal beneficiario del contributo*);
- Attestazione ISEE o DSU in corso di validità
- Informativa Privacy firmata (Allegato 2 al Modello di Istanza)



## Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

### CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_