**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

**A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE O PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO**

**PER IL PRIMO ACCESSO DELLA MISURA B1**

***ai sensi della DGR 3719/2024***

Spett.

ASST VALLE OLONA

Via Arnaldo da Brescia, 1

21052 BUSTO ARSIZIO (VA)

*(se inviata via e-mail:)* ***protocollo@pec.asst-valleolona.it***

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via/pza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di

* diretto interessato

**oppure**

*(da compilarsi fino a “CHIEDE” solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato**barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)*

* tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )
* genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
  + in via esclusiva
  + in modo congiunto
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare)

**del/la Sig./Sig.ra**:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_ ) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la valutazione multidimensionale**

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

**DICHIARA**

**che la persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato**:

1. è **residente** in Regione Lombardia (dalla data di presentazione della domanda)
2. è domiciliata nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_) in

via/p.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. è beneficiaria di **indennità di accompagnamento** o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell’allegato 3 del D.P.C.M. n. 159/2013
2. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio**
3. è in una delle **condizioni** previste nell’elenco sotto riportato (ex art. 2 D.P.C.M. del 27.11.2017):

*(barrare la voce interessata)*

* **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)<=10;
* **B.** persone **dipendenti da ventilazione meccanica assistita** o non invasiva continuativa (24 ore 7 giorni su 7);
* **C.** persone con **grave o gravissimo stato di demenza** con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
* **D.** persone con **lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura**, con livello della lesione, identificata 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**, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9, Hoehn e Yahr Mod in stadio 5;
* **F.** persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad 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<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;
* **I.** ogni altra persona **in condizione di dipendenza vitale** che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

1. **necessita a domicilio di assistenza continuativa** nelle 24 ore da parte di uno o più caregiver
2. individua come **caregiver** **familiare** il/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome e nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela o vicinanza

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che dedica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ore al giorno** alla funzione di caregiver

* Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza
* Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
* Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, …)
* Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, …)
* Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)

1. si avvale di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex L.R. n. 15/2015, …) regolarmente assunto:

* NO
* SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla DGR 3719/2024 allegati:
* Tempo pieno (da 40 ore) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_ totale ore settimanali)
* Part-time (da 20 a 39 ore) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_ totale ore settimanali)
* >= 10 a 19 ore/settimanali (\_\_\_\_\_\_\_\_\_ totale ore settimanali)

con validità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(inserire data inizio) (inserire data di fine, se prevista, o dicitura “tempo indeterminato”)*

1. e pertanto s'impegna a presentare, **a cadenza trimestrale, autocertificazione** ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 per la parte relativa **alle quote di costo legate al cedolino**, **o** dalle **fatture** emesse da ente terzo/professionista, integrata periodicamente con **copia della quietanza** relativa al pagamento dei **contributi** previdenziali.

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR 3719/2024 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d’offerta

**DICHIARA**

**che la persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale e la persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato attualmente**:

1. FREQUENTA **servizi prima infanzia** 🞏 NO 🞏 SI
2. FREQUENTA la **scuola** (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) 🞏 NO 🞏 SI
3. È INSERITA in una **Unità d’offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale 🞏 NO 🞏 SI

*(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, …)*

1. È INSERITA in una **Unità d’offerta semiresidenziale** sanitaria, socio-sanitaria o sociale 🞏 NO 🞏 SI

*(es. Centro Diurno per* *Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna …)*

**Se SÌ** (solo per i punti 12 e 13), per un totale ore settimanale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (come da dichiarazione della struttura)

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

1. **misura** **RSA aperta** (ex DGR 7769/2018) 🞏 NO 🞏 SI

specificare Unità di Offerta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **sostegni Dopo di Noi** (ex DGR 3054/2020) 🞏 NO 🞏 SI

specificare la tipologia di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **buono progetti vita indipendente** 🞏 NO 🞏 SI

specificare con quale tipo di misura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **misura Bonus per assistente familiare** (ex L.R. 15/2015 e s.m.i.) 🞏 NO 🞏 SI
2. **voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente** (ex DGR 7487/2017e ex DGR 2564/2019) 🞏 NO 🞏 SI
3. **misura Home Care Premium/INPS** 🞏 NO 🞏 SI
4. **misura B2** (ex DGR 3719/2024) 🞏 NO 🞏 SI
5. **prestazione universale a favore delle persone anziane non autosufficienti (artt.34-36 D.Lgs29/2024)** 🞏 NO 🞏 SI
6. **altri contributi economici/misure di sostegno** 🞏 NO 🞏 SI

specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **altri servizi** 🞏 NO 🞏 SI

specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. è consapevole del fatto che l’effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere **documentazione integrativa** e l’**accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza**;
2. è a conoscenza che l’ATS e l’ASST, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a **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 nonché l’eventuale segnalazione all’Autorità giudiziaria competente;
3. si impegna a **comunicare tempestivamente** alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l’interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla DGR 3719/2024;
4. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione **ALLEGA**, l’istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
5. di aver preso visione dell’informativa all’utenza della ASST relativa alla Misura B1;
6. di esprimere il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l’Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell’istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all’attività dell’Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l’archiviazione dei dati avverrà mediante l’utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

* Operatori degli Uffici dell’ASST afferenti all’ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale;
* Operatori degli Uffici dell’ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale dell’Ente;
* Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l’erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
* Società, Enti/Aziende che, per conto dell’ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all’esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
* soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
* operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell’ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all’integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
* suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

**ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono* ***obbligatori*** *per l’accoglimento della domanda)*

*PER LE* ***DOMANDE DI PRIMO ACCESSO****:*

* **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda**
* **socio sanitario (per adulti e anziani)** – inferiore o uguale a 50.000,00 €
* **ordinario (per minori)** – inferiore o uguale a 65.000,00 €
* **copia del verbale di invalidità da cui risulti il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento ovvero della certificazione della condizione di non autosufficienza ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013, Allegato 3** (*le persone di cui alla condizione a) e d) possono accedere in attesa del verbale di accertamento della invalidità civile*)**.**
* **Documentazione sanitaria specialistica, allegando le specifiche scale di valutazione** di cui all’art. 3, commi 2 e 3 del DM 26/09/2016 comprovante la condizione di **non autosufficienza ad alto bisogno assistenziale o la condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato** (*per le condizioni alla “****lettera i****” allegare alla relazione il* ***Modello 3*** *compilato, timbrato e firmato dal medico specialista*).
* **copia del documento d’identità in corso di validità e del codice fiscale dell’interessato** **e** **del dichiarante** (*se diverso dall’interessato*)

*(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)*

* se presente personale di assistenza: copia **del contratto di regolare assunzione con versamento dei contributi previdenziali** a favore del personale di assistenza assunto direttamente**, oppure documentazione con validità fiscale emessa da Ente terzo** *(es. cooperativa*) o dal professionista che eroga la prestazione e documentazione attestante l’avvenuto pagamento
* **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(SOLO se frequentante)*
* **Modello 1** (*qualora necessario*)
* **Modello 2** comunicazione dati economici

Ed infine

**CHIEDE**

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/p.za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data Firma (1)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma dell’altro genitore in possesso della

responsabilità genitoriale

1. Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell’Autorità Giudiziaria