



ASSEGNO DI CURA

SOSTEGNO A CASA PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

Beneficiari:

Persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitino a domicilio di assistenza continuativa di carattere socio sanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie / nutrizionali / dello stato di coscienza / privi di autonomia motoria e / o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psicofisica; tra i potenziali beneficiari si includono anche coloro affetti da patologie implicanti "gravissimi disturbi del comportamento tali da richiedere assistenza vigile / controllo continuativo h 24 per l'elevato rischio di vita "di cui alla DGR 1769 / 2013

Criteri di accesso:

- ✧ Essere residente in Regione Liguria
- ✧ Essere in possesso di indennità accompagnamento
- ✧ Non essere ricoverati in strutture residenziali permanente, con esclusione di ricoveri di sollievo non superiori a 45 gg -
- ✧ Non percepire altre misure di sostegno al mantenimento a domicilio (es. Fondo regionale autosufficienza, Vita indipendente, altre eventuali analoghe misure). E' comunque possibile inoltrare la domanda con successiva scelta della misura più adeguata
- ✧ Essere quotidianamente assistito da familiare / badante
- ✧ L'accesso alla misura non è vincolato da alcuna soglia ISEE ma è preferibile presentarlo per una eventuale graduatoria in caso di eccedenza di domande

Modalità di erogazione delle prestazioni

Saranno erogati interventi di sostegno sotto forma di prestazioni assistenziali o di trasferimenti monetari sulla base di quanto verrà stabilito nel Piano Individuale di assistenza redatto dai servizi socio sanitari competenti e condiviso e sottoscritto dall'utente / famiglia.

Si precisa che, come da nota regionale prot. 169079 del 4/9/14, inviata per conoscenza anche alle Associazioni disabili, l'erogazione dell' intervento è subordinata ad un successivo confronto tra i territori a livello regionale .

Beneficiari:

Disabili minori: 0 – 17 anni

disabili adulti: 18-64 anni



**IL DISTRETTO
SOCIOSANITARIO
VAL DI MAGRA**



**INTERVENTI SOCIALI
PER IL SOSTEGNO A CASA DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA
(DGR 941/2014**

_____ **DOMANDA DI INTERVENTO AL DISTRETTO SOCIOSANITARIO**

COGNOME

NOME

Il Sig. /a (di seguito indicato
(RICHIEDENTE

..... nato/a a (Prov.) il
.....

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

:residente in

.....Via

..... Città CAP..... Provincia

.....tel..... e-mail

☐ Sesso F ☐ M

In caso di rappresentante legale (genitore del minore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere o di genitore/fratello/figlio di : (persona adulta (art. 4 (R) DPR 445/2000

COGNOME NOME

..... ☐ il Sig./ a

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....Residente in: via

..... Città Cap..... Provincia
.....tel

:in qualità di

- ☐ rappresentante legale del richiedente: (specificare se genitore di minore, tutore, procuratore,ecc
- ☐ persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere
(..... (specificare grado di parentela

☐ genitore di disabile adulto

Per conto del richiedente

Chiede

l'accertamento dei requisiti di accesso al Sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità gravissima che è rivolta a ***“persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie/nutrizionali/ dello stato di coscienza / privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica; tra i potenziali beneficiari si includono anche coloro affetti da patologie implicanti gravissimi disturbi del comportamento tali da richiedere assistenza vigile/controllo continuativo H24 per l'elevato rischio di vita”*** di cui alla .DGR 1769/2013

IL RICHIEDENTE A TAL FINE DICHIARA DI

- ☐ Essere residente in Regione Liguria
- ☐ Essere in Possesso dell'Indennità di Accompagnamento

☐ Essere a conoscenza che l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità ad esclusione dei ricoveri di sollievo non superiori a 45 giorni anche non consecutivi e non è cumulabile con altre misure di sostegno al mantenimento a domicilio (Fondo Regionale Non Autosufficienza, Vita ;(Indipendente, altre eventuali analoghe misure

;☐ Essere quotidianamente assistito a proprio domicilio dal familiare/badante

:Indicare i dati anagrafici e i recapiti della persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto

Cognome

Nome

..... Il Sig. /a

..... nato/a a (Prov.) il

:residente a

.....°Via..... N

.....Città CAP..... Provincia Recapito telefonico

.....e-mail.....grado di parentela

convivente ☐ non convivente ☐

☐ Essere disponibile ai fini della valutazione della domanda ad essere valutato **da un medico specializzato e dall'assistente sociale dei servizi sociosanitari pubblici territoriali**

☐ Essere a conoscenza che gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di prestazioni assistenziali o di trasferimenti monetari sulla base di quanto stabilito nel Piano Individuale di Assistenza che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e ;sottoscritto dall'utente/famiglia

☐ Essere a conoscenza che il riconoscimento degli interventi di sostegno non è vincolato ad alcuna soglia ISEE, ma in caso di domande eccedenti la disponibilità dei fondi, l'ISEE costituisce criterio di priorità di ;graduatoria, fatte salve le persone già in carico fruitori della misura

☐ Essere a conoscenza che in caso di mancata presentazione dell'ISEE nell'ipotesi di numero di ;domande eccedenti le risorse disponibili verrà attribuita la priorità più bassa

:Allega alla presente

;☐ copia del verbale di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento

☐ certificazione ISEE

☐ fotocopia documento d'identità non scaduto di chi sottoscrive la domanda

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)