

All. n. 1  
**MODELLO PER I PAZIENTI LETTERA "A"**

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

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2018**

*"Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"*

Deliberazione di G.R. n. 165 del 20/05/2019

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
cognome nome  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2018 *"Interventi in favore di persone in condizione di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"*, ai sensi della delibera di G.R. n. 165 del 20/05/2019.

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**

1) Che il sig./sig.ra \_\_\_\_\_, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

*(a pena di esclusione: barrare una sola casella)*

- a. persona 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. persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. persona con grave o gravissimo stato di demenza ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d. persona 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 laterali devono essere valutate con lesione di grado A o B;

- e. persona 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 e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- f. persona 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. persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h. persona 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. persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;

2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

- SAD disabili n. ore \_\_\_ settimanali
- SAD anziani n.ore \_\_\_ settimanali
- Assistenza Infermieristica
- Altro specificare \_\_\_\_\_

Home Care Premium (N:B: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2018) n. ore \_\_\_ mensili/contributo mensile € \_\_\_\_\_.

**All'uopo richiede**

*(a pena di esclusione, barrare una sola casella)*

- servizio di assistenza domiciliare (SAD) quali Servizi di cura ed assistenza domiciliare garantiti attraverso l'Ambito Territoriale Sociale (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un max di 14 settimanali per 52 settimane);
- contributo economico per il *care giver* nell'importo di € 400,00 mensili;
- rimborso quota sociale (€ 38,00 al giorno) per ricovero di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale, individuata dai familiari;

## DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, 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 Venafro, 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, anche relativamente alle modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda.

## SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

- copia documento d'identità in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- copia del Verbale della Commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980 e alla legge n. 508/1988;
- Scala di valutazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata).
- Certificazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, compilata dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.
- Copia dell'attestazione ISEE ordinario in corso di validità;  
*oppure*
- Autodichiarazione, da sottoscrivere secondo il modello seguente a pag. 4, con la quale si impegna a produrre l'ISEE ordinario, entro e non oltre il trentesimo giorno dalla data di scadenza della presentazione delle istanze relative alla partecipazione al Programma FNA 2018.

**Luogo e data**\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA DOCUMENTAZIONE ISEE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

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

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

### DICHIARO

**di impegnarmi a produrre la documentazione ISEE in corso di validità entro e non oltre il trentesimo giorno (gg. 30) dalla data di scadenza della presentazione delle istanze relative alla partecipazione al Programma "FNA 2018".**

**Sono consapevole che in caso di mancata presentazione della suddetta documentazione ISEE nel sopra indicato termine, si procederà all'attribuzione del punteggio più sfavorevole secondo i criteri stabiliti dall'eventuale Allegato n. 13 (Scheda di valutazione integrativa).**

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il/la dichiarante \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

### Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore Responsabile dell'ATS Venafro, nella persona del Dott. Antonio Melone domiciliato per la carica in Venafro (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede al Viale San Nicandro n. 15 (Tel. 0865 906801).

### Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Venafro, Dott. Antonio Melone.

### Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2018 "Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" ex D.G.R. n. 165 del 20/05/2019.

### Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

### Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS di Venafro, in persona del Coordinatore Responsabile Dott. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale del Comune Capofila dell'ATS Venafro – Piazza Cimorelli n. 1, 86079 Venafro (IS) - o all'indirizzo pec [udp@pec.ambitoterritorialesoalevenafro.it](mailto:udp@pec.ambitoterritorialesoalevenafro.it).

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA \_\_\_\_\_