

**Il Comune di Frosinone  
in qualità di Capofila del Distretto Sociale "B" di Frosinone  
per l'attuazione degli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"**

- VISTA la Legge n. 328 del 28 novembre 2000;
- VISTA la Legge Regionale n. 20/2006, concernente "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza";
- VISTA la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.662/2016;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G17202 del 20/12/2018;
- VISTO il Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- VISTE la Deliberazione di Giunta Regionale n. 88/2017;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.104/2017

**SI RENDE NOTO**

Che, dal 2 al 31 dicembre 2019 sono riaperti i termini per la presentazione delle **nuove istanze** in favore di soggetti affetti da disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2019.

Coloro che hanno presentato domanda e sono inseriti nella graduatoria degli ammessi relativa al precedente Avviso Pubblico, anche se in posizione non utile a fruire del beneficio, dovranno produrre solo il Modello ISEE in corso di validità e, in caso di aggravamento delle condizioni di salute, idonea certificazione medica specialistica rilasciata da Struttura Sanitaria Pubblica.

**DESTINATARI**

Possono presentare istanza di accesso agli interventi previsti i cittadini residenti nei 23 Comuni del Distretto Sociale B di Frosinone (Amaseno, Arnara, Boville Ernica, Castro dei Volsci, Ceccano, Ceprano, Falvaterra, Ferentino, Frosinone, Fumone, Giuliano di Roma, Morolo, Pastena, Patrica, Pofi, Ripi, San Giovanni Incarico, Strangolagalli, Supino, Torrice, Vallecorsa, Veroli e Villa Santo Stefano) in stato di "**disabilità gravissima**", ivi compresi quelli affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e in stato di demenza molto grave (anche con morbo di Alzheimer), come definiti dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016.

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 almeno 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 (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 ai benefici previsti dalle Regione, nelle more della definizione del processo di accertamento, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

## INTERVENTI

Il presente Avviso Pubblico è finalizzato a favorire la permanenza delle persone in condizioni di necessità nel proprio ambiente domestico e prevede l'erogazione di due tipologie di contributi economici:

1. ASSEGNO DI CURA
2. CONTRIBUTO DI CURA

### 1. ASSEGNO DI CURA

L'assegno di cura è finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta tramite assunzione, con regolare contratto di lavoro, di un operatore qualificato ai sensi della DGR n. 88/2017, scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia.

L'operatore scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia, dovrà essere assunto ai sensi del vigente CCNL sulla disciplina del lavoro domestico. Lo stesso operatore dovrà essere iscritto al costituendo albo degli assistenti alla persona nel Distretto Sociale B, di cui all'avviso pubblicato sul sito [www.distrettosocialefrosinone.it](http://www.distrettosocialefrosinone.it). Non verranno 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 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 (Piano Assistenziale Individualizzato).

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

- 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 è di **durata annuale** e sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità nell'accesso determinati dalla Regione Lazio.

L'importo minimo da erogare è di **euro 800,00 mensili** per ciascuna persona nelle condizioni di disabilità gravissima indicate dalle lettere da a) ad i) dell'art.3 del Decreto (valutata in base alle scale ed ai criteri di cui agli Allegati al Decreto). Tale importo può essere graduato **fino ad un massimo mensile di euro 1.200,00** in sede di definizione del PAI, sulla base dei diversi interventi programmati, della composizione del nucleo familiare e delle condizioni economiche, a seguito di valutazione multidimensionale.

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

- la continuità per i soggetti già presi in carico, sempreché la condizione di disabilità gravissima risponda ai nuovi criteri di compromissione funzionale di cui all'art. 3 del Decreto;
- 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 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 (ISEE)" e la legge 26 maggio 2016, n. 89;
- l'implementazione delle ore di assistenza necessarie a seguito di rivisitazione del PAI integrato.

## **2. CONTRIBUTO DI CURA**

Il **contributo di cura** è finalizzato al riconoscimento e al supporto della figura del *caregiver familiare*, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

Si intende per *caregiver 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, così come previsto dal Decreto 26 settembre 2016 art. 2 lett. b) e dalla Legge regionale n. 11/2016, art. 26 comma 8.

Il caregiver familiare deve:

- essere convivente con la persona assistita e non svolgere attività lavorativa;
- essere formalmente riconosciuta anche dalla Unità Valutativa Multidimensionale al momento della definizione del PAI;
- rapportarsi in maniera continuativa con gli operatori del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari;
- confrontarsi, circa le cure domiciliari da attivare, con il Responsabile del PAI che diventa 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;

Il contributo di cura **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.

Per quanto riguarda la **compatibilità** del contributo di cura con la fruizione di altri servizi ed interventi, si rinvia a quanto già previsto per l'assegno di cura.

Il contributo di cura è riconosciuto ed erogato alla persona in condizione di disabilità gravissima nella misura di **euro 700,00 mensili**, per l'arco temporale di **un anno**.

E' previsto, inoltre, un **budget di 1.200,00 euro annui** per ciascun utente beneficiario, che può essere utilizzato per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la **sostituzione temporanea del caregiver familiare** nel caso di interventi di sollievo programmati (prevenzione rischi di

malattie da stress fisico/psichico) e/o di emergenza (malattia, ricovero, assenza forzata, ecc.), previa richiesta specifica dell'interessato, da formalizzare all'evenienza e che sarà autorizzata nei limiti del fondo disponibile.

### **MODALITA' DI EROGAZIONE**

Il Comune di Frosinone, in qualità di Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, corrisponderà al beneficiario il contributo mensile spettante, con cadenza trimestrale; l'assegno di cura ed il contributo di cura verranno erogati mediante accredito su C/C in favore della persona assistita.

L'utente che risulterà beneficiario dell'assegno di cura dovrà presentare all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B, copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore; lo stesso, con cadenza trimestrale, dovrà altresì presentare una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore opportunamente documentate ed una dichiarazione attestante la permanenza del beneficiario nel proprio domicilio. In caso di ricovero che superi i 15 giorni, l'utente è tenuto a inoltrare idonea comunicazione al suddetto Ufficio di Piano.

Gli interventi saranno attivati sulla base di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) previamente concordato fra il richiedente, il Servizio Sociale comunale, le UU.OO. della ASL di Frosinone e/o il Punto Unico di Accesso (PUA), con verifica periodica dell'efficacia delle prestazioni.

### **CRITERI DI VALUTAZIONE**

Per l'accesso agli interventi previsti, l'accertamento della patologia determinante dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza / stato di gravità, devono essere **obbligatoriamente certificati da una struttura sanitaria pubblica**. Tale accertamento dovrà essere allegato alla richiesta di contributo.

Ai fini dell'erogazione dei contributi economici, si procederà ad una valutazione sanitaria e socio-economica del richiedente e del nucleo familiare, sulla base dei seguenti criteri generali:

a)	Composizione del nucleo familiare del disabile
b)	Fruizione di altri servizi ed interventi sociali e sanitari
b)	Condizione economica (ISEE)
c)	Situazione sanitaria

I beneficiari dell'intervento saranno individuati all'interno della **graduatoria distrettuale** predisposta sulla base dei criteri sopra indicati e delle priorità di cui all'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016; saranno ammessi a fruire del beneficio economico quanti utilmente collocati nella graduatoria stessa, nel rispetto della capienza del fondo disponibile.

Nel caso in cui si liberassero posti utili in graduatoria si procederà con lo scorrimento della stessa; in questo caso i nuovi beneficiari, riceveranno l'assegno o il contributo di cura per il periodo residuo fino alla scadenza dell'annualità prevista e comunque per un periodo non inferiore a sei mesi.

### **TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

I richiedenti dovranno presentare istanza di accesso all'assegno di cura/contributo di cura utilizzando **apposito modulo**, corredato dagli allegati richiesti, reperibile *on line* sul sito web: [www.distrettosocialefrosinone.it](http://www.distrettosocialefrosinone.it) e in forma cartacea presso il Servizio Sociale del Comune di residenza e l'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, nelle giornate di apertura al pubblico previste.

Le domande dovranno essere presentate e protocollate al Comune di residenza **a decorrere dal 02 dicembre 2019 ed entro il giorno 31 dicembre 2019.**

**Le domande non sottoscritte dal richiedente o sprovviste della documentazione richiesta saranno escluse.**

**Le domande pervenute successivamente al 31 dicembre 2019 non potranno essere valutate al fine dell'accesso al beneficio nel 2020, ma saranno valutate per l'accesso al beneficio per l'annualità successiva, fatte salve diverse disposizioni regionali concernenti la disabilità gravissima.**

### **DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE**

Gli interessati in possesso dei requisiti richiesti, a pena di esclusione, dovranno presentare istanza di accesso all'assegno di cura/contributo di cura utilizzando il modello di istanza, debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto dal richiedente e corredato obbligatoriamente da:

- Certificazione medica rilasciata da una struttura pubblica attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all' art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 e sopra elencate (nel caso di nuove istanze);
- Certificazione medica idonea rilasciata da struttura pubblica, in caso di aggravamento;
- Verbale attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n.18/1980 o dell'Allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 attestante la non autosufficienza;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, ai sensi del DPCM n. 159/2013, per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (art. 6 del DPCM n. 159/2013);
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del caregiver;
- Copia del Codice IBAN del beneficiario del contributo (*escluso libretto postale*);
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1 al Modello di istanza*).

La domanda, resa ai sensi del DPR n. 445/2000, potrà essere soggetta a verifiche e controlli da parte della Guardia di Finanza e, in caso di dichiarazioni false o mendaci, i sottoscrittori saranno denunciati all'Autorità Giudiziaria.

Il singolo Comune provvederà a trasmettere all'Ufficio di Piano del Distretto B le istanze pervenute al 31.12.2019 entro il termine ultimo del **10 gennaio 2020**.

**Le istanze pervenute oltre tale termine dovranno essere trasmesse secondo le indicazioni e i termini che verranno successivamente comunicati dall'Ufficio di Piano.**

Le domande protocollate, istruite e documentate, saranno esaminate da idonea Commissione, che si esprimerà in ordine alla loro accoglibilità e, a seguito di valutazione multidimensionale, predisporrà la relativa graduatoria.

### **TUTELA DEI DATI PERSONALI**

Si informa, ai sensi della normativa vigente, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, 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 il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Legale Rappresentante. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Avv. Antonio Loreto.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei relativi dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

### **INFORMAZIONI**

Per informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi a:

- Uffici Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Sociale B di residenza;
- Ufficio di Piano Distretto Sociale B - Comune di Frosinone, tel. 0775 2656216/2656453/2656202 e-mail: [segreteria@distrettosocialefrosinone.it](mailto:segreteria@distrettosocialefrosinone.it)

**Frosinone, 02 dicembre 2019**

**Il Dirigente  
Coordinatore dell'Ufficio Di Piano  
Avv. Antonio Loreto**



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL FROSINONE



REGIONE LAZIO

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

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima  
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR 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. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
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. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**  
**il riconoscimento del seguente beneficio economico:**

- assegno di cura** finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite assunzione di un operatore qualificato ai sensi della DGR n.88/2017, scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia;
- contributo di cura** finalizzato al riconoscimento e al supporto della figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER (*compilare solo ove si richieda il contributo di cura*)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) \_\_\_\_\_

**CHIEDE** altresì di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

tramite accredito sul Conto Corrente  Bancario  Postale (*escluso Libretto Postale*)  
(Codice IBAN 27 caratteri)  
\_\_\_\_\_

c/o Banca/Ufficio Postale \_\_\_\_\_ Sede/Agenzia \_\_\_\_\_



## DICHIARA

[ ] di **beneficiare dell'indennità di accompagnamento** (legge 11 febbraio 1980, n.18) o essere non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni, ai sensi dell'art.3 del DM 26/09/2016 (*barrare l'opzione di riferimento*):

- 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.

## DICHIARA altresì

- di essere / non essere già beneficiario di assegno di cura in esito a precedenti Avvisi pubblici relativi a: disabilità gravissima, SLA o Alzheimer (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
  - che il caregiver familiare è convivente con la persona da assistere e non svolge attività lavorativa (*da rendere solo in caso di richiesta di contributo di cura*);
  - che il destinatario dell'intervento 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 all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, 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;
  - di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, con cadenza trimestrale, idonea dichiarazione attestante la permanenza presso il proprio domicilio. In caso di accesso all'assegno di cura, di impegnarsi a produrre copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
  - di fruire dei seguenti servizi/interventi sociali, di assistenza a domicilio erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone:
- 
- 
-

## ALLEGA

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità\*;
- Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento\*;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del caregiver (*solo in caso di richiesta di contributo di cura*);
- Copia del codice IBAN del beneficiario del contributo (escluso libretto postale);
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**\*Tali documenti possono non essere allegati da coloro che sono già beneficiari dell'intervento, salva l'ipotesi di successivo aggravamento**

## CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

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

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

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

Tel.\* \_\_\_\_\_ E-mail\* \_\_\_\_\_

**\*campi obbligatori**

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR 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 DPR, 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.

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

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, 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 il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Legale Rappresentante. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Avv. Antonio Loreto. I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n 104/2017

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

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_



Comune  
di  
Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
FROSINONE



REGIONE  
LAZIO

**Allegato n. 1 al Modello di istanza per assegno di cura/contributo di cura disabilità gravissima  
Distretto Sociale B di Frosinone**

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

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, DPR 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 DPR.

**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 del richiedente

\_\_\_\_\_