

**OGGETTO:** ISTANZA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIME.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_, Cell.  
\_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- per sé stesso;
- in qualità di:
  - Amministratore di sostegno – Tutore – Curatore;
  - Parente: \_\_\_\_\_;
  - Altro: \_\_\_\_\_;

Dati beneficiario (se diverso dal richiedente):

Nome e Cognome \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
cap \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_, Cell. \_\_\_\_\_, mail  
\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_

**di essere ammesso agli interventi riconosciuto dalla Regione Sardegna con Delibera G.R. 21/22 del 04.06.2019, finalizzati all'attivazione di interventi a favore di persone in condizione di "Disabilità gravissima" (art. 3 del D.M. 26/09/2016) attraverso l'acquisto di servizi resi a terzi o l'attività di cura resa dal care giver (art.2 lett. B D.M. 26.09.2016)**

### A TAL FINE DICHIARA CHE:

- il beneficiario è titolare di indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n.18, o comunque non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013;
- il beneficiario si trova in una delle seguenti condizioni:
  - persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
  - persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
  - persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
  - 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 lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
  - 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;

- 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;
- persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- 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)  $\leq 8$ ;
- 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 ALTRESI' CHE:**

- di essere /  di non essere beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza;
- di essere /  di non essere beneficiario di un progetto "Ritornare a casa";
- di essere /  di non essere beneficiario di un piano Personalizzato Legge 162/98, la cui scheda salute piani 2017, gestione 2018, con punteggio pari a \_\_\_\_\_;
- di essere /  di non essere beneficiario di un progetto finanziato dalle leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini o rimborso quote sociali;
- di essere /  di non essere beneficiario, nell'ambito del progetto "Ritornare a casa", del contributo di potenziamento dell'assistenza incrementato della quota per la disabilità gravissima (deliberazione G.R. 56/21 del 20.12.2017);
- di essere a conoscenza di quanto indicato nel Bando e nell'Avviso relativo al presente programma, e di accettarne tutte le parti senza esclusione alcuna;

### **Allega alla presente:**

- Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'art. 3 DPCM n. 159 del 2013
- Certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata che dimostri una delle condizioni previste dall'art. 2 dell'avviso per la presentazione delle domande di accesso agli interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima (con indicazione del punteggio) o in sua sostituzione può utilizzare il modulo di certificazione medica specialistica messo a disposizione dall'Ufficio di Piano con l'istanza.
- ISEE socio-sanitario 2019
- Copia del documento di riconoscimento del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario)

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

Firma

\_\_\_\_\_