

MODELLO PER I PAZIENTI LETTERA "A"

All'Ambito Territoriale Sociale di Agnone

Per il tramite del Comune di residenza di

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE FNA 2019

"FNA 2019-2021 - Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"

Deliberazioni di G.R. n. 79 del 06/03/2020 - D.D. n. 4332 del 19/08/2020.

Il/la sottoscritto/a nome _____ cognome _____ nato/a
a _____ prov. _____ il ____/____/____ e residente a
_____ prov. _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____
mail _____

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 ____/____/____ e residente a _____ in via
_____ n. _____ c.f. _____
tel _____ cell. _____ mail _____

di essere ammesso al Programma Attuativo "FNA 2019–2021 - ***Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio***" ai sensi della D.G.R. n. 79 del 06/03/2020, **Annualità 2019** e D.D. n. 4332 del 19/08/2020.

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/la sig./sig.ra _____, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980 e ss.mm.ii.), si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

(a pena di esclusione barrare una sola casella e allegare relativa scala di equivalenza o certificazione)

- 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 (24/7);
- c.** persone 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) ≥ 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 ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e da Atrofia Muscolare Spinale (SMA);
- 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) ≤ 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.

2) Che il nucleo familiare del beneficiario è così composto (escluso il beneficiario):

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

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

SAD disabili n. ore ____ settimanali

SAD anziani n. ore ____ settimanali

Assistenza Infermieristica

Home Care Premium (N.B: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2019) n. ore _____ mensili/contributo mensile € _____.

All'uopo richiede

(a pena di esclusione barrare una sola casella)

Sostegno economico per la contrattualizzazione diretta di personale qualificato per un minimo di 8 ore ad un massimo di 14 ore per 52 settimane (concorrono al raggiungimento del numero delle ore le prestazioni rese nell'ambito del SAD comunale);

contributo economico per il *care giver* dell'importo di € 400,00 mensili;

rimborso quota (€ 38,00 al giorno) per i ricoveri di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari;

azioni di supporto individuale nel progetto personalizzato il cui costo preventivamente autorizzato può essere rimborsato fino ad un massimo di euro 3.000,00, compreso iva.

DICHIARA ALTRESI'

a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, 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 Agnone, 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 Agnone, 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.

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

IBAN BANCARIO _____

IBAN POSTALE _____

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 ss.mm.ii;

In relazione alla patologia del paziente allegare la “scala di valutazione” corrispondente o la “certificazione” debitamente compilata:

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 **specificata attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente;**

attestazione ISEE 2020 Socio-Sanitario in corso di validità (*in caso di impossibilità a presentare l'attestazione nei termini di scadenza dell'Avviso, sarà possibile presentarla entro e non oltre 30 giorni dalla scadenza del termine di presentazione delle domande*).

In caso di mancata consegna dell'attestazione ISEE la domanda verrà esclusa.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

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 Il Coordinatore Responsabile dell' ATS Agnone, nella persona del Dott. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Agnone, 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 2019 "Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" Deliberazioni di G.R. n. 79 del 06/03/2020 e D.D. n. 4332 del 19/08/2020.

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 Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dott. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all'indirizzo pec ambitoagnone@pec.it.

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

_____, lì _____

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 _____