

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**SPETT.LE SEGRETERIA COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE
ASUR-AREA VASTA N.3**

VIA ANNIBALI 31/L -

62100 PIEDIRIPA MACERATA

PEC: areavasta3.asur@emarche.it

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"

(ai sensi del D.M. 26/09/2016)

Il/Lasottoscritto/a _____
COGNOME NOME

nato/o/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell _____

email _____

CHIEDE

di essere ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR n. 1697/2018

A tal fine **dichiara:**

di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

e di trovarsi almeno in 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) ≤ 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) ≥ 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*;

- **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 psico-fisiche.

N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".

Allega la seguente documentazione:

- Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.
(Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).
- Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data _____

FIRMA

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**SPETT.LE SEGRETERIA COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE
ASUR-AREA VASTA N.3**

VIA ANNIBALI 31/L -

62100 PIEDIRIPA MACERATA

PEC: areavasta3.asur@emarche.it

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"

(ai sensi del D.M. 26/09/2016)

Il/Lasottoscritto/a _____
COGNOME NOME

nato/o/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. Cell. _____

email _____

in qualità di:

- genitore
 familiare
 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di _____
COGNOME NOME

nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ N. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

Che il suddetto venga ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fini della concessione del contributo regionale di cui alla DGR 1697/2018.

A tal fine **dichiara:**

di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

e di trovarsi almeno in 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) ≤ 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) ≥ 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*;
- **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 psico-fisiche.

N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale"

Allega la seguente documentazione:

- Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS. **(Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).**
- Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento **della persona che compila la domanda e della persona disabile.**

Data _____

FIRMA

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"
(art. 3 del D.M. 26/09/2016)**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

in servizio presso

CERTIFICA CHE

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____

E' AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN 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) ≤ 10 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____);

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) ≥ 4 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____);

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 - PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____ - o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr* CAP _____

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 $QI \leq 34$ (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____) e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) ≤ 8 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____);

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (vedi allegato 2, DM 26/09/2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

N.B. Lo specialista deve sempre barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato.

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA

Al Signor Sindaco del Comune di
MATELICA

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI
PERSONE IN CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO 2018
(D.M. 26/09/2016 – DGR 1697/2018)**

Il/La sottoscritto/a

NOME

COGNOME

residente a _____ Via _____ n. ____CAP.____

Codice fiscale _____ email _____

Tel. _____ Cell. _____

*in qualità di:

persona disabile in situazione di disabilità gravissima

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome _____ cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ CAP. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore di persone in condizione di "disabilità gravissima" fornita da:

genitore/familiare convivente

genitore/familiare non convivente

operatore esterno

a tal fine DICHIARA

1. la persona disabile in condizione di "disabilità gravissima"

