

Modello di domanda da presentare congiuntamente a:

Al Comune di _____

**All'ASP di Gravina di CT
via Monti Arsi
GRAVINA DI CATANIA**

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA'
GRAVISSIMA" - anno 2017** (ai sensi del D.M. 26/09/2016) - Decreto Presidente della Regione
Sicilia 545/GAB del 10 maggio 2017

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____, mail: _____,

CHIEDE

in qualità di familiare - tutore - amministratore di sostegno, che il
Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il
_____ e residente in _____
n. _____ del Comune di _____, prov _____.
Telefono _____

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 al decreto Presidenziale n. 545/GAB del 10 maggio 2017, a seguito del quale matura il diritto al trasferimento monetario.

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 pertanto 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.

Il sottoscritto _____ in qualità di familiare - tutore - amministratore di sostegno, del Sig/Sig.ra _____ dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 art. 46, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci, che:

qualora venga riconosciuto disabile gravissimo, il trasferimento monetario sarà destinato per le finalità di cui all'art. 1 della legge regionale 4/2017 che integra gli interventi sanitari previsti nei Piani individualizzati e, quindi, sottoscriverà il Patto di Cura allegato alla presente istanza.

E' consapevole, altresì, che le ASP e i competenti servizi sociali del comune effettueranno visite domiciliari in qualsiasi momento per verificare le condizioni di assistenza del disabile in relazione agli impegni sottoscritti con il Patto di cura e/o PAI nonché il corretto utilizzo del contributo erogato.

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o attestazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013,

2. certificazione del medico specialista che accompagna il rilievo funzionale in riferimento alla patologia di cui ai sopra citati punti da A, B,C,D,E,F,G,H, I;

3. 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).