



**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE  
A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE  
O PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO  
PER IL PRIMO ACCESSO DELLA MISURA B1  
ai sensi della DGR 3719/2024**

Spett.  
ASST .....  
.....  
.....

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
in via/pza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in qualità di

☐ diretto interessato

**oppure**

*(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)*

- ☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina \_\_\_\_\_ )  
☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:  
    ☐ in via esclusiva  
    ☐ in modo congiunto  
☐ altro \_\_\_\_\_ (specificare)

**del/la Sig./Sig.ra:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
via/p.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE  
la valutazione multidimensionale**

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

**DICHIARA**

**che la persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato:**

1. è **residente** in Regione Lombardia (dalla data di presentazione della domanda)
2. è domiciliata nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in

via/p.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

3. è beneficiaria di **indennità di accompagnamento** o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159/2013

4. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio**

5. è in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 2 D.P.C.M. del 27.11.2017):  
(barrare la voce interessata)

- ☐ **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 ore 7 giorni su 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 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**, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla  $\geq 9$ , Hoehn e Yahr Mod in stadio 5;
- ☐ **F.** persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad 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, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

6. **necessita a domicilio di assistenza continuativa** nelle 24 ore da parte di uno o più caregiver

7. individua come **caregiver familiare** il/la sig./ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  
\_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela o vicinanza)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ che dedica \_\_\_\_\_ **ore al giorno** alla  
funzione di caregiver

- ☐ Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza
- ☐ Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
- ☐ Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ...)
- ☐ Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ...)
- ☐ Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)

8. si avvale di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS –, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex L.R. n. 15/2015, ...) regolarmente assunto:

- ☐ NO
- ☐ SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla DGR 3719/2024 allegati:
  - ☐ Tempo pieno (da 40 ore) (\_\_\_\_\_ totale ore settimanali)
  - ☐ Part-time (da 20 a 39 ore) (\_\_\_\_\_ totale ore settimanali)

☐ >= 10 a 19 ore/settimanali ( \_\_\_\_\_ totale ore settimanali)

con validità dal \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(inserire data inizio) (inserire data di fine, se prevista, o dicitura "tempo indeterminato")

9. e pertanto s'impegna a presentare, **a cadenza trimestrale, autocertificazione** ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 per la parte relativa **alle quote di costo legate al cedolino, o dalle fatture** emesse da ente terzo/professionista, integrata periodicamente con **copia della quietanza** relativa al pagamento dei **contributi** previdenziali.

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR 3719/2024 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

#### DICHIARA

**che la persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale e la persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato attualmente:**

10. FREQUENTA servizi prima infanzia ☐ NO ☐ SI
11. FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) ☐ NO ☐ SI
12. È INSERITA in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI  
(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)
13. È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI  
(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

**Se SÌ** (solo per i punti 12 e 13), per un totale ore settimanale di \_\_\_\_\_ (come da dichiarazione della struttura)

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

14. misura RSA aperta (ex DGR 7769/2018) ☐ NO ☐ SI  
specificare Unità di Offerta \_\_\_\_\_
15. sostegni Dopo di Noi (ex DGR 3054/2020) ☐ NO ☐ SI  
specificare la tipologia di sostegno \_\_\_\_\_
16. buono progetti vita indipendente ☐ NO ☐ SI  
specificare con quale tipo di misura \_\_\_\_\_
17. misura Bonus per assistente familiare (ex L.R. 15/2015 e s.m.i.) ☐ NO ☐ SI
18. voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente (ex DGR 7487/2017e ex DGR 2564/2019) ☐ NO ☐ SI
19. misura Home Care Premium/INPS ☐ NO ☐ SI
20. misura B2 (ex DGR 3719/2024) ☐ NO ☐ SI
21. prestazione universale a favore delle persone anziane non autosufficienti (artt.34-36 D.Lgs29/2024) ☐ NO ☐ SI
22. altri contributi economici/misure di sostegno ☐ NO ☐ SI  
specificare \_\_\_\_\_
23. altri servizi ☐ NO ☐ SI  
specificare \_\_\_\_\_
24. è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere **documentazione integrativa** e l'**accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza**;
25. è a conoscenza che l'ATS e l'ASST, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a **idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni** rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del

beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente;

26. si impegna a **comunicare tempestivamente** alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla DGR 3719/2024;
27. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione **ALLEGA**, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
28. di aver preso visione dell'informativa all'utenza della ASST relativa alla Misura B1;
29. di esprimere il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

#### **ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

#### **PER LE DOMANDE DI PRIMO ACCESSO:**

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda**
  - **socio sanitario (per adulti e anziani)** – inferiore o uguale a 50.000,00 €
  - **ordinario (per minori)** – inferiore o uguale a 65.000,00 €
- **copia del verbale di invalidità da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero della certificazione della condizione di non autosufficienza ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013, Allegato 3 (le persone di cui alla condizione a) e d) possono accedere in attesa del verbale di**

accertamento della invalidità civile).

- **Documentazione sanitaria specialistica, allegando le specifiche scale di valutazione** di cui all'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26/09/2016 comprovante la condizione di **non autosufficienza ad alto bisogno assistenziale o la condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato** (per le condizioni alla "**lettera i**" allegare alla relazione il **Modello 3** compilato, timbrato e firmato dal medico specialista).
- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale dell'interessato e del dichiarante** (*se diverso dall'interessato*)  
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- **se presente personale di assistenza:** copia **del contratto di regolare assunzione con versamento dei contributi previdenziali** a favore del personale di assistenza assunto direttamente, **oppure documentazione con validità fiscale emessa da Ente terzo** (es. cooperativa) o dal professionista che eroga la prestazione e documentazione attestante l'avvenuto pagamento
- **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale (*SOLO se frequentante*)
- **Modello 1** (*qualora necessario*)
- **Modello 2** comunicazione dati economici

Ed infine

#### CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	n° _____
Comune _____	Prov. (____) CAP _____
telefono _____	cell. _____
indirizzo e-mail _____	

Luogo e data

Firma (1)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

firma dell'altro genitore in possesso della  
responsabilità genitoriale

- (1) Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria