



**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 L'ACCESSO AI VOUCHER 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/minore:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) cap _____

via/p.za _____ n° _____

**CHIEDE
la valutazione multidimensionale ai fini dell'accesso al**

☐ **voucher sociosanitario**

☐ **voucher ASD**

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) ≤ 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) ≥ 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 ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 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) ≤ 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 psichiche.

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalle DD.G.R. XII/1669/2023 e n. XII/2033/2024 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:

1. FREQUENTA servizi prima infanzia ☐ NO ☐ SI
2. FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) ☐ NO ☐ SI
3. È INSERITA in una **Unità d'offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale ☐ NO ☐ SI
(es. Residenza Sanitaria assistenziale per Anziani, Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)
4. FREQUENTA 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, per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

5. misura **RSA aperta** (ex DGR 7769/2018) ☐ NO ☐ SI
6. sostegni **Dopo di Noi** (Legge 112/2016) ☐ NO ☐ SI
specificare la tipologia di sostegno _____
7. buono **progetti vita indipendente** ☐ NO ☐ SI
specificare con quale di misura _____
8. **misura Home Care Premium/INPS** ☐ NO ☐ SI
specificare la tipologia di sostegno _____
9. **misura B2** (ex DGR 3719/2024) ☐ NO ☐ SI
10. **prestazione universale a favore delle persone anziane non autosufficienti (artt.34-36 D.Lgs29/2024)** ☐ NO ☐ SI
11. **altre misure di sostegno** ☐ NO ☐ SI
specificare _____
12. **altri servizi** ☐ NO ☐ SI
specificare _____
13. 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**;
14. è a conoscenza che l'ATS e l'ASST, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a **idei 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;
15. si impegna a **comunicare tempestivamente** alla ASST di riferimento e all'Ente Erogatore scelto **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del voucher sociosanitario mensile;
16. 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 **ALLEGATA**, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
17. di aver preso visione dell'informativa all'utenza della ASST relativa alla misura B1
18. 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 (medico di medicina generale o pediatra).

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.

19. di esprimere il proprio consenso affinché, in caso di cambio residenza presso altra ASST/ATS lombarda, i dati personali (compreso il fascicolo) possano essere trasferiti dalla ASST/ATS di provenienza a quella di nuova residenza, nel rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente.

A tal fine

ALLEGA

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

- **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)
- **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)

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

- (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