

**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
A FAVORE DI DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO
BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI
SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO PER L'ACCESSO AL VOUCHER
SOCIOSANITARIO E VOUCHER ASD DELLA MISURA B1**

ai sensi delle DGR n. XII/6320/2026

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 anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto

☐ altro _____ (specificare)

Dell'interessato 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 sociosanitario ASD**
- ☐ **Voucher ASD**

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 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 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 DPCM 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 DPCM 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 psicofisiche.

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalle DGR n. XII/1669/2023 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 o persona con disabilità 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 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, ...)

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

eventuale data di dimissione ____/____/____

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 n. XII/1669/2023) ☐ NO ☐ SI

eventuale data di dimissione ____/____/____

10. altri misure di sostegno ☐ NO ☐ SI

specificare _____

11. altri servizi ☐ NO ☐ SI

specificare _____

12. 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**;

13. 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;

14. 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;

15. 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;

16. 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.

17. 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 civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013**
- **documentazione sanitaria specialistica**, a seconda della condizione/patologia in cui versa la persona, redatta dal medico specialista, di struttura pubblica o privata accreditata, che ha in carico l'interessato secondo quanto indicato dall'art. 2 DPCM del 27.11.2017 (sopra riportato); per le condizioni alla "lettera i" allegare alla relazione il **modello 3** compilato, timbrato e firmato dal medico specialista. (se non già agli atti della ASST per domande B1 anni precedenti)
- **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 in possesso della
responsabilità genitoriale

- (1)** nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.