

Programma Operativo Regionale per la non autosufficienza triennio 2025/2027

DOMANDA DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

ai sensi della DGR XII/6320/2026

Spett. le Ufficio di Piano Ambito di Lodi

U.O. Misure Regionali

Via Fanfulla,14 - Lodi

e-mail: protocollo.misureregionali@ufficiodipiano.lodi.it

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

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

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/pza _____ n° _____

in via/pza _____ n° _____

DIAGNOSI _____

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° _____

in via/pza _____ n° _____

DIAGNOSI _____

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 alla quale si richiede la valutazione

1. è **residente** in Regione Lombardia (dalla data di presentazione della domanda)
2. (Barrare i requisiti di cui si è in possesso)
 - ☐ di avere diritto all'indennità di accompagnamento
 - ☐ di essere stato riconosciuto "Disabile Grave" ai sensi dell'art. 3 c. 3 della Legge 104/92
 - ☐ di essere in possesso del certificato della condizione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024
3. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio**

4. **(DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE SE PRESENTE UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE E/O PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO E BENEFICIARIE DI INDENNITÀ ACCOMPAGNAMENTO)**

DI TROVARSI IN UNA DELLE CONDIZIONI PREVISTE NELL'ELENCO SOTTORIPORTATO:

(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.

5. necessita di assistenza continuativa nelle 24 ore da parte di uno o più caregiver ☐ SÌ
6. 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 nelle seguenti attività:

- ☐ 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)

7. 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 n. XII/6320/2026 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")

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

DICHIARA
che la persona richiedente
(barrare SI in caso di fruizione del servizio indicato)

8. **frequenta la scuola** ☐ SI

Se sì, nome Istituto località e classe _____

9. è inserita in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale ☐ 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, ...)

10. è inserita in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale ☐ 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)

11. **misura RSA aperta** ☐ SI

specificare Unità di Offerta _____

12. **sostegni Dopo di Noi** ☐ SI

specificare la tipologia di sostegno _____

13. **progetti vita indipendente** ☐ SI

specificare con quale tipo di misura _____

14. **misura Bonus per assistente familiare** (ex L.R. 15/2015 e s.m.i.) ☐ SI

15. **misura Home Care Premium/INPS** ☐ SI

16. **prestazione universale a favore delle persone anziane non autosufficienti (artt.34-36**

17. **altri contributi economici/misure di sostegno**☐ SI

specificare _____

18. **altri servizi**☐ SI

specificare _____

19. 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 o del Comune di residenza**;
20. è a conoscenza che l'ATS, l'ASST e il Comune, 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;
21. si impegna a **comunicare tempestivamente** (es. variazione clinica, trasferimento temporaneo o definitivo rispetto al luogo di residenza e/o domicilio) alla ASST di riferimento e/o alla ATS e al Comune di residenza **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione delle condizioni di cui sopra
22. 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;
23. 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

- ☐ **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda**
 - **socio sanitario (per adulti e anziani)**
 - **ordinario (per minori)**
- ☐ **copia del verbale di invalidità da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (se in possesso) 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) o Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 o Certificato della condizione di disabilità di cui al Dlg. 62/2024**
- ☐ **Documentazione sanitaria specialistica e specifiche scale di valutazione (solo categorie dalla a alla l vedi punto 4) 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 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**
- ☐ **Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità;**
- ☐ **dichiarazione della struttura semiresidenziale in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale (SOLO se frequentante)**

COMUNICA

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

- ☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatari)
- ☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

[illegible]

Genitore A

[illegible][illegible]

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

indirizzo e-mail _____

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

Modello IMPEDIMENTO ALLA FIRMA

(solo per beneficiari maggiorenni e se necessario)

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 art.4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, previo accertamento dell'identità del dichiarante

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell' art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a (cognome)_____ (nome)_____

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato)_____

prov(____) il ____/____/____

Residente a_____prov.(____) via_____n____

In qualità di_____ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del

Sig./ra_____Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato) _____

prov(____) il ____/____/____

Residente a_____prov.(____) via_____n____

Attesta l'impedimento del Sig./ra_____dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale o incaricato di pubblico servizio

Attesto ai sensi dell'art.30 del D.P.R. 445/2000, che il sig/ra_____ ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Luogo e data

Il Pubblico Ufficiale/incaricato di pubblico servizio

(nome e cognome e qualifica)