



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>1</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "C"**

**Comune di** \_\_\_\_\_

**ASUR**

**AREA VASTA** \_\_\_\_\_

**Unità Multidisciplinare per l'età** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA AL DISABILE  
IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA'**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di:

genitore                        (1)

familiare                        (1)

operatore esterno            (1)

**MI IMPEGNO ED OBBLIGO:**

1) a garantire, nell'ambito del programma di assistenza domiciliare definito con l'Unità Multidisciplinare per l'età \_\_\_\_\_ e il Comune, le prestazioni assistenziali di seguito elencate in favore di:

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>2</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

2) a collaborare con il referente dell'Unità Multidisciplinare e con il referente dell'Ente locale per il puntuale svolgimento del programma assistenziale;

3) a comunicare tempestivamente all'ufficio competente dell'Amministrazione comunale l'eventuale ricovero del Sig. \_\_\_\_\_ in altre strutture per periodi superiori a 1 mese.

\_\_\_\_\_

*(1) Barrare la voce che interessa*

#### ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI

- A. Somministrazione dei pasti
- B. Assistenza ed aiuto nella deambulazione, mobilitazione, vestizione e nella gestione delle attività quotidiane
- C. Controllo e sorveglianza notturni
- D. Attività per il mantenimento di idonee condizioni igieniche dell'ambiente di vita del disabile
- E. Attività di stimolo per il mantenimento di possibili relazioni sociali
- F. Aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane sia all'interno dell'abitazione che in rapporto con l'esterno

IL DICHIARANTE (2)

\_\_\_\_\_

Per l'Unità Multidisciplinare per l'età \_\_\_\_\_

Per l'Amministrazione comunale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*(2) Genitore/familiare o operatore esterno*



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>3</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "D"**

**Comune di** \_\_\_\_\_

**ASUR**

**AREA VASTA N.** \_\_\_\_\_

**Unità Multidisciplinare per l'età** \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI VERIFICA CIRCA L'ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO**

Signor \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

genitore/familiare referente Sig. \_\_\_\_\_

operatore esterno referente Sig. \_\_\_\_\_

**Valutazione relativa a:**

1) Cura dell'alimentazione	1	2	3
2) Assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilizzazione, vestizione e nella gestione delle attività quotidiane	1	2	3
3) Controllo e sorveglianza per il riposo notturno	1	2	3
4) Attività di mantenimento di idonee condizioni igieniche dell'ambiente di vita del disabile	1	2	3
5) Attività di stimolo per il mantenimento di possibili relazioni sociali	1	2	3



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag.
Ancona	Data: 13/03/2015	<b>4</b>

6) Aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane  
sia all'interno dell'abitazione che in rapporto con l'esterno 1      2      3

Eventuali periodi di ricovero presso strutture sociali o sanitarie per più di trenta giorni continuativi

Si Indicare periodi \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Si conferma d'aver verificato che il disabile in questione:

- non beneficia del contributo regionale per il "Piano personalizzato di vita indipendente"
- non beneficia del contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)
- ha richiesto alla zona di appartenenza il contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)
- non beneficia dell'Assegno di cura per anziani non autosufficienti.

Note valutative di sintesi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per l'Unità Multidisciplinare per l'età \_\_\_\_\_

Per l'Ente locale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

LEGENDA: 1) scarsa  
2) sufficiente  
3) buona



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>5</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "E"**

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**Al Presidente della  
Commissione sanitaria provinciale  
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE  
ASUR - AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**

**Via \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a sig./ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

già riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" (ex articolo 3 Legge 104/1992) dalla Commissione sanitaria competente in data \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. 104/92, L. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità).

Dichiara di frequentare il Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno \_\_\_\_\_ per un numero di \_\_\_\_ ore settimanali effettive, svolte secondo quanto stabilito nel progetto dell'UMEA.

Allega la seguente documentazione:

- 1) verbale L. 104/92 (ex art.3, comma 3);
- 2) autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- 3) eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi (es.: certificati del medico curante, copie di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>6</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "E/1"**

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**Al Presidente della Commissione  
sanitaria provinciale  
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE  
ASUR - AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**

**Via \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a sig./ra \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di:

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

**CHIEDE**

per:

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

già riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" (ex articolo 3 Legge 104/1992) dalla Commissione sanitaria competente in data \_\_\_\_\_

che venga sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. 104/92 L. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità).



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>7</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

Dichiara che frequenta il Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno \_\_\_\_\_  
per un numero di \_\_\_\_ ore settimanali effettive, svolte secondo quanto stabilito nel progetto dell'UMEA.

Allega la seguente documentazione:

- 1) verbale L. 104/92 (ex art.3, comma 3);
- 2) autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- 3) eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi (es.: certificati del medico curante, copia di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>8</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "F"**

**Al Signor Sindaco del Comune di**

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRECTA  
AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA' - ANNO \_\_\_\_\_  
(L. 104/92 – L. 162/98 – L. R. 18/1996)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale n. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:

- persona disabile in situazione di particolare gravità
- genitore
- familiare
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ persona disabile in situazione di particolare gravità  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE il contributo per il servizio di assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità fornito da:**

- genitore/familiare convivente  \*
- genitore/familiare non convivente  \*
- operatore esterno  \*





Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>9</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

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).

**Dichiara che la persona disabile in situazione di particolare gravità:**

- sta adempiendo all'obbligo scolastico o all'obbligo formativo °°;
- pur essendo nell'età dell'obbligo, non frequenta la scuola in conseguenza della gravità della patologia °°
- è inserito in un Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno di cui all'art. 13 della L.R. 18/96 o in un Centro di Riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 20/2000 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA che ne prevede l'inserimento per un orario settimanale di ore \_\_\_\_\_ .
- convive con un familiare che usufruisce di congedo parentale, ottenuto ai sensi dell'articolo 42 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151.
- vive stabilmente in casa °°

Nel caso di ultrasessantacinquenne dichiara

**Dichiara inoltre che la persona in situazione di particolare gravità**

- non beneficia del contributo regionale per il "Piano personalizzato di vita indipendente"°°
- non beneficia del contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)°°
- ha richiesto alla zona di appartenenza il contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)
- non beneficia dell'Assegno di cura per anziani non autosufficienti.

Il richiedente

\_\_\_\_\_

\* barrare la voce o le voci che interessano

°° barrare la voce che interessa

Data \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

La firma del richiedente viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione.

Qualora il richiedente non sia in grado di firmare per impedimento fisico l'addetto alla ricezione ne prende atto e lo specifica nella presente istanza.

L' Addetto alla ricezione

Ass. Soc. \_\_\_\_\_

ovvero altro referente dell'Ente locale



**ALLEGATO "G"**

**Regione Marche**  
**ASUR**  
**AREA VASTA n.**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

**SCHEDA PER LA QUANTIFICAZIONE DELLE ORE**  
**(L. 104/92, L. 162/98, L.R. 18/96 e successive modificazioni**  
**Assistenza Domiciliare Indiretta al disabile in situazione di particolare gravità)**

1. il carico assistenziale prevalentemente ricade su	Più familiari	2
	Solo su un familiare	4
	Nessun familiare	6
2. età del familiare che presta principalmente assistenza	Meno di 56 anni	2
	Tra 56 e 64 anni	4
	Più di 65 anni/nessun familiare	6
3. stato di salute del familiare che principalmente presta assistenza	buona	2
	sufficiente	4
	Precaria/nessun familiare	6
4. carico assistenziale aggravato dalla presenza di altri familiari che necessitano di assistenza	Nessun familiare	2
	Non convivente	4
	Convivente	6
5. limitazione autonomia a causa della presenza di barriere	minima	2
	parziale	4
	totale	6
6. possibilità di accedere facilmente ai servizi territoriali	buona	2
	sufficiente	4
	precario	6
7. presenza di altre forme di assistenza (anche economiche)	rilevante	2
	poco rilevante	4
	assente	6
8. livello rischio di istituzionalizzazione del disabile	basso	2
	medio	4
	alto	6



Luogo di emissione  Ancona	Numero: 42/SPO	Pag.  <b>11</b>
	Data: 13/03/2015	

VALUTAZIONE:

PUNTEGGIO	QUANTITATIVO ORE
16	40
17-24	45
25-32	50
33-40	55
41-48	60

Data di compilazione

\_\_\_\_\_

Per l'Unità Multidisciplinare per l'età \_\_\_\_\_

Assistente sociale

\_\_\_\_\_

Per l'Ente locale

Assistente sociale o altro referente

\_\_\_\_\_



Luogo di emissione  Ancona	Numero: 42/SPO	Pag.  <b>12</b>
	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "H"**

MODELLO DI DOMANDA DI REVISIONE REDATTA DAL DISABILE

**AL PRESIDENTE  
COMMISSIONE SANITARIA REGIONALE  
DI REVISIONE  
A N C O N A**

Il/La sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

al/alla quale la Commissione sanitaria provinciale competente ha riconosciuto per l'anno \_\_\_\_\_ il punteggio massimo di almeno due delle quattro condizioni indicate nella scheda di valutazione "A" così raggruppate: condizione 1,2,3,6 oppure condizione 3,4,5,6

**RIVOLGE ISTANZA**

affinché codesta Commissione rivaluti il proprio caso.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

N.B.

La presente istanza deve essere spedita, entro e non oltre il **15 settembre 2015**, al seguente indirizzo:

DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT - REGIONE MARCHE – VIA Gentile Da Fabiano n. 3 - 60125 ANCONA



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>13</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "I"**

MODELLO DI DOMANDA DI REVISIONE REDATTA DA TERZI

**AL PRESIDENTE  
COMMISSIONE SANITARIA REGIONALE  
DI REVISIONE  
A N C O N A**

Il/La sottoscritto/a sig./ra \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
In qualità di:  
( ) Genitore  
( ) Familiare  
( ) Esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

**RIVOLGE ISTANZA**

Per:  
Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

al/alla quale la Commissione sanitaria provinciale competente ha riconosciuto per l'anno \_\_\_\_\_  
il punteggio massimo di almeno due delle quattro condizioni indicate nella scheda di valutazione "A"  
così raggruppate: condizione 1,2,3,6 oppure condizione 3,4,5,6 , affinché codesta commissione rivaluti  
il suo caso.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B.

La presente istanza deve essere spedita, entro e non oltre il **15 settembre 2015**, al seguente indirizzo:

DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT - REGIONE MARCHE – VIA Gentile Da  
Fabriano n. 3 - 60125 ANCONA