



## DICHIARA

**che la persona in condizione di gravissima disabilità:**

1. è **residente** in Regione Lombardia (dalla data di presentazione della domanda)
2. si trova **a domicilio** e in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 3 DPCM del 26.09.2016) come certificata dalla documentazione sanitaria allegata: *(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  $IQ \leq 34$  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 necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.
3. frequenta un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitarie o sociale  NO  SI  
*(ad es. CDD, CDI, CSE, CDC, ...)*
4. è assistita dal solo caregiver familiare e non è presente personale di assistenza regolarmente impiegato;

## DICHIARA

**che il sottoscritto, individuato come caregiver familiare,**

( barrare le voci interessate  )

5. è \_\_\_\_\_ (specificare grado di parentela/affinità) della persona con gravissima disabilità, con la quale risulta essere  convivente  non convivente
6. **dedica n. \_\_\_\_\_ ore al giorno alla funzione di caregiver svolgendo le seguenti attività di cura:**
  - igiene personale/vestizione  alimentazione/nutrizione
  - gestione apparecchiature a supporto respirazione  mobilitazione/trasferimenti

gestione comunicazione/comportamenti problemi       gestione terapia

7. di essere a conoscenza che l'eventuale riconoscimento del sostegno sarà comunicato solo a seguito della predisposizione delle graduatorie da parte della ATS competente (31/01/2024 ), che erogherà il contributo fino ad esaurimento delle risorse assegnate da parte di Regione

8. di essere a conoscenza che le spese ammissibili sono quelle relative agli interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023;

9. di essere a conoscenza che in caso di domanda incompleta e/o mancanza di documentazione fiscale idonea che comprovi la spesa sostenuta relativa alla sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare non sarà riconosciuto il sostegno.

A tal fine

### ALLEGA

quale documento **obbligatorio** per l'accoglimento della domanda

- **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. 3 DPCM del 26.09.2016 (sopra riportato);
- **documentazione fiscale** (ad esempio fattura/ricevuta) che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare - se già in possesso.

In caso di mancanza di documentazione fiscale all'atto della presentazione della domanda il sottoscritto **SI IMPEGNA** a produrla appena in possesso e comunque non oltre i termini fissati dalla ATS di competenza.

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.....

data ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
firma del dichiarante (\*)

(\*) ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'