



**COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"
ADS n. 2 Marsica (ex EAS 12-14-15)**

AVVISO:

**PLNA 2017-ASSEGNO PER LE PERSONE IN CONDIZIONE DI
DISABILITA' GRAVISSIMA**

(ART. 3 DEL DECRETO DEL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI 26.09.2016)

Coloro che si trovano nelle condizioni di disabilità gravissima:

- a) persone in condizione di coma o stato vegetativo;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa;
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza;
- d) persone con gravi lesioni spinali;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in 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;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche;

possono presentare istanza presso questa Comunità Montana

entro il termine del 16.10.2018

per l'ammissione al contributo. I moduli per la presentazione della domanda sono disponibili presso questo Ente e presso i comuni di residenza.

I beneficiari devono risiedere e permanere nel proprio contesto abitativo.

Avezzano _____



F.to Il Commissario Straordinario
Dr. Gianluca De Angelis

COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"

Ambito Distrettuale Sociale n. 2 Marsica (ex EAS 12-14-15)

Via Monte Velino n. 61 - 67051 Avezzano (AQ)

Oggetto: Istanza di Assegno Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di dipendenza vitale - PLNA annualità 2017

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ provincia _____ via/piazza _____

n° _____ tel. _____ fax _____ email _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

chiede

Passegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di dipendenza vitale "PLNA - 2017"

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____

n° _____ tel. _____ fax _____ email _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

- familiare;
- tutore;
- amministratore di sostegno;
- altro (specificare)

chiede

Passegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di dipendenza vitale "PLNA - 2017"

a favore di:

Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____

n° _____ tel. _____ fax _____ email _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

DICHIARA:

- di essere consapevole che l'ammissione al Piano Locale avviene previa valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensione (U.V.M.) e predisposizione di apposito Piano Individualizzato di Assistenza;
- di essere consapevole, altresì, che l'erogazione del beneficio eventualmente concesso avrà decorrenza dalla sottoscrizione del contratto (Accordo di Fiducia) con il Servizio Sociale dell'Ambito che indicherà il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire, le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare, la durata del contratto/accordo, la modalità ed i tempi della verifica, l'entità del contributo, la modalità di erogazione, gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo;
- di essere a conoscenza che saranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- di essere consapevole che l'Ente di Ambito Sociale verificherà trimestralmente il rispetto dell'accordo sottoscritto e nel caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, acquisirà copia dei versamenti contributivi effettuati.
- di essere consapevole che l'erogazione del beneficio è subordinato alla permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale nel proprio contesto abitativo.

A TAL FINE:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, oltre che ad altri enti pubblici per fini connesse e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell' Ente di Ambito sociale.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- Modulo 01 di Segnalazione compilato dal Medico di Base;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare con nuovo modello in vigore dal 01-01-2015;
- Eventuale Certificazione attestante l'invalidità o la disabilità stabilita dalla L. 104/'92 art. 3 comma 3;
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia e di residenza;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido;

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali e successive modifiche ed integrazioni, anche sensibili per le finalità di cui al "PLNA - 2017".

Data _____ / _____ / _____

Firma _____