**Allegato 1**

**MODELLO DI DOMANDA PER L’ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO “HELP VOUCHER” PER PERSONE IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA NON AUTOSUFFICIENZA**

**All’ Ambito Territoriale di \_\_TARANTO\_\_\_\_\_\_**

Responsabile del Procedimento

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Referente dell’Assistito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

**RICHIEDE**

Il Contributo economico “Help Voucher” in favore di:

DATI ANAGRAFICI RIFERITI AL DISABILE/ANZIANO ASSISTITO

(nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rapporto del referente con l’assistito**

□ coniuge

□ altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso

□ convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76

□ familiare entro il secondo grado

□ affine entro il secondo grado

□ parente o affine entro il terzo grado\*

altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il disabile gravissimo non autosufficiente assistito dal familiare è percettore di indennità di accompagnamento**

□ sì □ no

**Data Verbale di Invalidità Civile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Categoria di Invalidità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**secondo quanto riportato nel Verbale di Invalidità Civile per i valori rientranti nella seguente tabella:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoria di invalidità | | |
| **044.4** | Cecità Civile |
| **044.5** | Sordità Civile |
| **044.6** | Invalidità Civile |
| **104** | Handicap legge 104/92 |

**Codice Grado di Invalidità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**secondo quanto riportato nel Verbale di Invalidità Civile per i valori rientranti nella seguente tabella:**

|  |  |
| --- | --- |
| Codici Grado di Invalidità | |
| **07** | INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un  accompagnatore (L.18/80) |
| **08** | INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti |
| **11** | MINORE con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80) - indennità di accompagnamento |
| **12** | MINORE INVALIDO con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita(L.18/80) - indennità di accompagnamento |
| **16** | INVALIDO ultrasessantacinquenne con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.508/88) |
| **17** | INVALIDO ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.508/88) |
| **C** | PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA’ come definito dalla legge 104/92 (articolo 3, comma 3) |

**DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO ASSISTITO**

(barrare la casella corrispondente)

1. Paziente in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) 
2. Paziente dipendente da ventilazione Meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7); 
3. Paziente con grave o gravissimo stato di Demenza 
4. Paziente con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura 
5. Paziente con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare 
6. 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 
7. Paziente con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 
8. Paziente con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo 
9. Ogni altro paziente 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 psico-fisiche 

***D I C H I A R A***

***altresì***

che la persona in condizioni di gravissima disabilità non autosufficienza assistita dal familiare è vivente:

□ sì □ no

**INDICARE INTERVENTI O PRESTAZIONI DA ACQUISTARE TRAMITE UTILIZZO DEL BUDGET DI SOSTEGNO AL RUOLO DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE** (selezionare massimo due opzioni)

**⃝** acquisto di attrezzature di domotica sociale;

**⃝** potenziamento dell’intervento di assistenza domiciliare (prestazioni dell’OSS);

**⃝** ricovero di sollievo temporaneo in struttura residenziale (RSSA, RSA);

**⃝** acquisto polizza assicurativa per rischio infortuni/responsabilità civile collegata all’attività di cura;

**⃝** acquisto di prestazioni sociali (assistenti familiari);

**⃝** acquisto di prestazioni di sollievo presso centri diurni e semiresidenziali;

**⃝** contribuzione al pagamento retta della struttura residenziale (RSSA, RSA) (certificazione attestante);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

**Allega:**

* **Attestazione ISEE 2022 per prestazioni Socio-Sanitarie rilasciata da INPS per il nucleo dell’assistito.**
* **Verbale di Invalidità dell’assistito.**
* **Verbale di Invalidità di eventuale altro componente nucleo familiare.**
* **Documento di identità dell’assistito e del referente in corso di validità.**
* **Modulo banca con l’indicazione IBAN corretto su cui effettuare l’accredito. (Assistito o Referente)**
* **Altro: documentazione che comprovi l’acquisto e/o il pagamento di prestazioni sociali.**