

L'ASP di Cosenza offre un contributo di 600 euro mensili a persone con disabilità gravissime che necessitano di assistenza continua <sup>1</sup>. L'importo giornaliero dell'assegno varia a seconda della gravità della condizione di disabilità, all'intensità del carico assistenziale e all'eventuale presenza di ulteriori interventi e/o servizi socioassistenziali di rilievo sanitario che vengono contestualmente garantiti al disabile grave <sup>2</sup>. La soglia ISEE per l'assegno è di 34.000 euro <sup>2</sup>.

# DISABILITÀ GRAVISSIMA

**DOMANDA DA INOLTARE ALL'ASP  
DI COSENZA**



Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_

**Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime**

(F.N.A. anno 2018. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari -caregiver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza).

**Destinatari** : persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigilante da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

**Dati del soggetto dichiarante**

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		Telefono	

\*Scegliere tra le seguenti opzioni : a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante

**Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)**

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

**CHIEDE**

L'accesso alla valutazione per l'attivazione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

**DICHIARA**

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all' U.O.C. Coordinamento Servizi Sociali in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, e che l'accettazione dell'assegno di cura é pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale.
- di acconsentire alle verifiche che l'ASP intende eventualmente programmare, presso il domicilio della persona riconosciuta portatrice di disabilità gravissima, con proprio personale qualificato.