



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato D alla Delib.G.R. n. 13/7 del 31.3.2015

Progetto personalizzato a favore delle disabilità gravissime

“ART 3 Decreto Interministeriale del 7 maggio 2014”. Fondo nazionale per le non autosufficienze annualità 2014. Modalità operative per “interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima”

COMUNE DI _____

ASL N. _____

Distretto di _____

Verbale U.V.T. n° **del**

Il Comune di _____, l’Azienda Sanitaria Locale n° _____ e la famiglia del sig.re/ra _____ promuovono il presente progetto personalizzato.

- richiesta: interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima (art.3 Decreto Interministeriale del 7 maggio 2014”).

1) Destinatario del progetto

Cognome e nome _____
luogo di nascita _____
data di nascita _____
residenza _____
indirizzo _____
stato civile _____
titolo di studio _____
codice fiscale _____
indirizzo email _____

2) Requisito d’accesso:

- 1) persone in condizione di disabilità gravissima in condizioni di dipendenza vitale, in carico alle UVT, in cure domiciliari di terzo livello che necessitano a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore e monitoraggio di carattere sociosanitario con:



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- a) grave compromissione delle funzioni respiratorie;
- b) grave compromissione della funzioni nutrizionali;
- c) perdita completa della funzione deambulatoria autonoma
- d) grave compromissione dello stato di coscienza

2) in carico UVT;

3) inserito in cure domiciliari di terzo livello dal _____ ;

4) in dipendenza vitale che necessità di assistenza sulle 24 h

3) Il destinatario beneficia di:

- 1. invalidità civile: si no
- 2. indennità di accompagnamento: si no
- 3. riconoscimento handicap grave nei termini dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992: si no
- 4. finanziamento Legge 162/98 si no
- 5. assistenza domiciliare comunale si no
- 6. home care si no
- 7. progetto "Ritornare a casa":
- 8. contributo ordinario attivato il _____
- 9. contributo aggiuntivo attivato il _____
- 10. contributo straordinario attivato il _____
- 11. altro (indicare).....

4) Interventi sanitari in atto

Tipologia di Servizio erogato	Tipo Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali

Legenda :
tipologia servizio (es: cure domiciliari etc)
tipo prestazione (es:infermieristica etc)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5) Interventi sociali in atto

Tipologia servizio già in atto	Tipo Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale

Legenda

tipologia servizio: (es assistenza domiciliare)

tipo prestazione (es badante, oss etc)

6) Composizione del nucleo familiare

Nome	Cognome	Età	Relazione di parentela	Ore giornaliere di cura dedicate alla persona con disabilità

7) Caregiver

Indicare nome e cognome care giver _____

Indicare se trattasi di familiare o altro _____ -

Specificare se il caregiver è convivente si no

carico assistenziale sostenuto: n.ore di assistenza _____

Piano di spesa interventi per prestazioni assistenziali

"interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima"

8) Interventi assistenziali e piano di spesa per prestazioni assistenziali fornite tramite acquisizione servizi assistenziali resa da terzi

Tipologia Servizio	Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

9) Interventi assistenziali e piano di spesa per prestazioni assistenziali resa da Caregiver

Attività di cura	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Importo contributo

10) Finanziamento richiesto _____

11) Reddito ISEE: _____

12) Finanziamento richiesto calcolato sulla base degli scaglioni di reddito di cui alla DGR

€ _____

L'Assistente Sociale del Comune _____

Il Dirigente UVT all'uopo designato _____

Il destinatario del progetto o familiare di riferimento _____

Documentazione allegata:

- Verbale UVT da cui risulti che trattasi di persona in condizione di disabilità gravissima in condizioni di dipendenza vitale, in carico alle UVT, in cure domiciliari di terzo livello che necessitano a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore e monitoraggio di carattere sociosanitario, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psichiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria.
- Copia delle scale CIRS e Barthel con il punteggio rilevato per ciascuna delle funzioni compromesse con breve descrizione del quadro clinico rilevato.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

D. Lgs 196/2003 - Art. 23

Il

sottoscritto.....

nato a il.....

residente a Via.....n.....

autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003, la Direzione Generale delle Politiche Sociali, al trattamento dei propri dati personali e sensibili per l'istruttoria afferente il finanziamento previsto dal Programma "Ritornare a casa".

Data.....

Firma.....

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali e sensibili a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- il titolare dei dati trattati è il Direttore _____;
- il responsabile del trattamento dei dati è il _____.