**SPETT.LE** **COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE**

c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

*Indicare la Commissione di riferimento:*

A.S.T. ANCONA Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale: Viale Cristoforo Colombo, 106 – 60127 ANCONA (AN), PEC: ast.ancona@emarche.it

|  |
| --- |
| **Dichiarazione sostitutiva**  (art. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445) |

|  |
| --- |
| **RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI “DISABILITA’ GRAVISSIMA”**  (ai sensi del D.M. 26/09/2016) |

|  |
| --- |
| **RICHIESTA PER CONTO DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI DISABILITA’** |

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Residente a |  |
| Via e Numero |  |
| CAP |  |
| Codice fiscale |  |
| Numero di telefono |  |
| Email |  |
| PEC |  |

*In qualità di:*

* genitore
* familiare
* esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore o amministratore di sostegno

*per conto di (indicare dati della persona in condizione di disabilità):*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Residente a |  |
| Via e numero |  |
| CAP |  |
| CODICE FISCALE |  |

**CHIEDE:**

Che il suddetto venga ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di “disabilità gravissima” di cui al D.M. 26/09/2016 al fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR n. 264/2025.

**A TAL FINE DICHIARA:**

|  |
| --- |
| * che la persona che si rappresenta, **beneficia dell’indennità di accompagnamento**, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n.18 **o che rientra nella definizione di non autosufficienza** ai sensi dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.159 del 2013; |
| * che la persona che si rappresenta si trova in **almeno in una delle seguenti condizioni:**  1. persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10; 2. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7); 3. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4; 4. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello 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; 5. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod; 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. persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5; 8. persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <=8; 9. 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.   *N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l’utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di “dipendenza vitale”, secondo l’allegato 2 del DM 26/09/2016 “Altre persone in condizione di dipendenza vitale”.* |

Allega la seguente documentazione:

|  |
| --- |
| * **Copia del** **verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento rilasciato dall’INPS**. (Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile); * **Certificazione medica specialistica,** redatta utilizzando l’**Allegato C**), attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate; * **Copia del documento d’identità della persona che compila la domanda e della persona in condizione di disabilità.** |

|  |
| --- |
|  |

Data

|  |
| --- |
|  |

FIRMA

*È consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall’articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).*