

Indicare la Commissione di riferimento:

A.S.T. FERMO Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:
Via Zeppilli n. 18 - 63900 FERMO, PEC: ast.fermo@emarche.it

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

(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	

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**:
- a) 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 ;
 - b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
 - c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
 - d) 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;
 - e) 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;
 - 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 ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
 - h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;

- 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 psico-fisiche.

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).