

Allegato A2

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER
PERSONE AFFETTE DA MALATTIE DEI MOTONEURONI - deliberazione Giunta
regionale 721/2009 e decreto dirigenziale 5725/2009**

(N.B. modulo valido per i residenti nei Comuni della Lunigiana)

**Al Direttore della Società della Salute della Lunigiana
Piazza della Vittoria, 22
54011 Aulla (MS)**

**Oggetto: richiesta di valutazione dell'accesso all' assegno di cura
per _____ (indicare nome e cognome della persona affetta dalla malattia)**

Il/la sottoscritto/a _____ ,

in qualità di diretto interessato

oppure

in qualità di _____ (coniuge/figlio-a/parente/convivente ecc.)

richiede

la valutazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) ai fini dell'erogazione dell'assegno di cura previsto in via sperimentale dalla deliberazione Giunta regionale 721/2009 e successivo decreto dirigenziale 5725/2009.

A tal fine dichiara quanto segue:

DATI PERSONA AFFETTA DALLA MALATTIA

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Sesso M F Stato civile _____

Residente nel Comune di _____

Indirizzo _____, telefono _____,

Domiciliato (*compilare soltanto se il domicilio è diverso dalla residenza*) nel

Comune di _____

Indirizzo _____, telefono _____,

Medico di medicina generale: _____ (nome e cognome)

Affetto da:

- sclerosi laterale amiotrofica
- sclerosi laterale primaria
- atrofia muscolare progressiva
- paralisi bulbare progressiva
- atrofia muscolare spinale tipo III e IV
- sindrome post polio
- malattia di Kennedy
- deficit di esosaminidasi A

DATI DEL RICHIEDENTE (se diverso dal diretto interessato)

Cognome _____
Nome _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
Sesso M F Stato civile _____
Residente nel Comune di _____
Indirizzo _____, telefono _____,

Domiciliato (compilare soltanto se il domicilio è diverso dalla residenza) nel
Comune di _____
Indirizzo _____, telefono _____

DATI DEL CARE GIVER

Cognome _____
Nome _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
Sesso M F Stato civile _____
Residente nel Comune di _____
Indirizzo _____, telefono _____,

Domiciliato (compilare soltanto se il domicilio è diverso dalla residenza) nel
Comune di _____
Indirizzo _____, telefono _____

Rapporto con la persona affetta dalla malattia:

- familiare _____ (coniuge/figlio-a/parente ecc.)
- non familiare

Il richiedente è a conoscenza:

► che l'erogazione dell'assegno di cura è subordinato a valutazione positiva dell'UVM rispetto a quanto indicato nel decreto dirigenziale RT 5725/2009. In particolare l'UVM dovrà accertare:

- che la patologia rientri fra quelle previste e che la malattia sia in fase avanzata, in base ai criteri specificati nel provvedimento regionale suddetto;
- che l'assegno di cura venga destinato all'assistenza della persona affetta dalla malattia presso il proprio domicilio, in modo qualificato e tramite la presenza

quotidiana di un care-giver dedicato, anche familiare, scelto dall'assistito o dalla famiglia dello stesso;

▶ che con il care giver, anche se familiare dell'assistito, dovrà essere necessariamente instaurato un rapporto di lavoro formalizzato, con conseguente pagamento dei contributi INPS.

▶ che l'assegno di cura è incompatibile con il ricovero residenziale o semiresidenziale, in struttura sanitaria o sociosanitaria.

Si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e successive modificazioni.

Data_____

Firma_____