



AMBITO TERRITORIALE N 16

CALVIZZANO – MELITO - MUGNANO - QUALIANO - VILLARICCA

MELITO: ENTE CAPOFILA

**AVISO PUBBLICO AI CITTADINI PER ASSEGNI DI CURA
(approvato con determina dirigenziale _____)**

**MODULO PER RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA
per disabili gravissimi e gravi**

**ai sensi del Fondo per la Non Autosufficienza Decreto Dirigenziale n. 121 DEL 14/03/2023
DGRC n. 70 del 22/02/2024**

Il/La Sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

nato/a a _____ il _____

Residente in _____ alla via _____

C.F. _____ Tel./Cell _____

CHIEDE

- In nome proprio
- Su delega della persona interessata
- In qualità di tutore giuridico della persona interessata
- Caregiver familiare

il riconoscimento dell'“assegno di cura”

a favore di: (Nome e Cognome) _____ nato/a a

_____ il _____

Residente in _____ alla via _____

C.F. _____ Tel./Cell _____.

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi sotto la propria personale responsabilità



AMBITO TERRITORIALE N 16

CALVIZZANO – MELITO - MUGNANO - QUALIANO - VILLARICCA

MELITO: ENTE CAPOFILA

DICHIARA

che i dati e le informazioni relative alla persona non autosufficiente interessata all'erogazione dell'assegno di cura sono i seguenti:

- Affetto dalla seguente patologia;
- Il medico di base o il pediatra di libera scelta è: Nome e Cognome _____
tel. Studio _____ cell. _____;
- Riceve dall'ASL le seguenti cure/prestazioni sanitarie e socio sanitarie: _____
- Riceve dai Servizi Sociali del Comune di _____ le seguenti prestazioni sociali o
socio-sanitarie: _____;
- Non usufruisce di servizi semiresidenziali e residenziali socio-sanitari o socio
assistenziali;
- È beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980 e ss. mod.;
- È persona con disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- È assistito nelle attività quotidiane in modo:
 - diretto da parte di uno o più familiari conviventi;
 - indiretto da parte di un assistente familiare/badante;
- E' consapevole che la presentazione della domanda non dà diritto all'assegno di cura
**giacché l'ammissione al beneficio è subordinata all'esito delle valutazioni che
saranno effettuate dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI) e alla pubblicazione**
da parte dell'Ambito Sociale N-16 della graduatoria degli aventi diritto;
- E' consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di
ogni altra prestazione a carattere sociale che sia stata assegnata dal Comune o di ogni
altra prestazione socio- sanitario a carico dell'Ambito Territoriale/Comune. Lo stesso
si sospende a far data dal ricovero presso struttura residenziale, come disposto dalla
normativa vigente;



AMBITO TERRITORIALE N 16

CALVIZZANO – MELITO - MUGNANO - QUALIANO - VILLARICCA

MELITO: ENTE CAPOFILA

- E' consapevole che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), e che l'Ambito Sociale N-16, procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti utilmente beneficiari, inseriti nella graduatoria a seguito dell'Avviso pubblico, solo ad avvenuto accredito delle relative risorse da parte della Regione Campania e in base all'effettiva disponibilità delle stesse.
- S'impegna a rendicontare la spesa fornendo all'Ambito N-16 la documentazione necessaria a dare prova della spesa ammissibile che sostengono pari al 70% dell'importo dell'assegno di cura; S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato redatto dall'Unità Valutativa Integrata

- Il familiare di riferimento contattabile è:

Nome e Cognome _____ Tel./Cell _____.

Allega alla presenta:

- Copia di un documento di riconoscimento del richiedente;
- Copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità;
- Eventuale atto di delega;
- Certificazione ai sensi della L.104/92 o copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'Inps;
- Fotocopia di eventuale decreto di tutela, di curatela o amministrazione di sostegno;
- Modello ISEE sociosanitario in corso di validità;

Luogo e data__

Firma



AMBITO TERRITORIALE N 16

CALVIZZANO – MELITO - MUGNANO - QUALIANO - VILLARICCA

MELITO: ENTE CAPOFILIA

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003 e ss. mod.)

Luogo e data__

Firma__



AMBITO TERRITORIALE N 16

CALVIZZANO – MELITO - MUGNANO - QUALIANO - VILLARICCA

MELITO: ENTE CAPOFILA