



**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 CAPOFILA

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