

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

MODULO PER RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA **per disabili gravissimi a valere su FNA 2023**

Al Servizio Sociale del Comune di _____

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

nato/a a _____ il _____

Residente in _____ alla via _____

C.F. _____ Tel./Cell _____

CHIEDE il riconoscimento dell'“assegno di cura”

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

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

DICHIARA

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

AMBITO TERRITORIALE C06

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

- Indicare tipologia di disabilità _____;
- 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 sociosanitarie: _____;
- Non usufruisce di servizi residenziali sociosanitari o socio assistenziali;
- Non usufruisce del progetto dell'Inps Home Care Premium o di altre misure (Dopo di Noi, Progetto di Vita Indipendente);
- 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;
- È 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 della graduatoria da parte dell'Ambito Sociale C-06 che terrà conto delle condizioni economiche e sociali più svantaggiate**
- È consapevole che lo stesso si sospende a far data dal ricovero presso struttura residenziale, come disposto dalla normativa vigente;
- È consapevole che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), e che l'Ambito Sociale C06, 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 C06 la documentazione necessaria a dare prova della spesa ammissibile che sostengono pari almeno al 70% dell'importo dell'assegno di cura, in caso contrario il beneficio decadrà.
- S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato redatto dall'Unità Valutativa Integrata.

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

- Il familiare di riferimento contattabile è:

Nome e Cognome _____

Tel./Cell _____.

Allega alla presenta:

- copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- copia documento di riconoscimento del potenziale beneficiario, se differente dal richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- copia di nomina di tutore legale o di amministratore di sostegno;
- copia certificazione indennità di accompagnamento del diretto interessato;
- copia valutazione scale approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2 rilasciata dal medico del Distretto sanitario di riferimento e/o di struttura pubblica;
- copia dell'attestazione ISEE Socio-Sanitario relativa della persona con disabilità, in corso di validità;
- eventuale documentazione giustificativa con la quale si comprovino le spese sostenute per l'assistenza prevista nel PAI (Ciascun beneficiario, provvederà a documentare bimestralmente le spese sostenute ed eleggibili- cfr. successivo punto 6), fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa; saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito);
- copia codice iban rilasciata dalla Banca o da Poste Italiane. **Il codice iban del libretto postale non è valido.**
- Informativa sottoscritta dal richiedente/delegato

Luogo e data _____

Firma _____

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 _____