

AMBITO TERRITORIALE C06



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

AVVISO PUBBLICO AI CITTADINI PER ASSEGNI DI CURA

(approvato con determina dirigenziale)

**RICHIESTA AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA EX
DGR 70/24 – FNA 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 _____

Mail: _____.

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

CHIEDE

☐ In nome proprio

☐ Familiare 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 _____

n. _____ 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 C06



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

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti di cui all'avviso pubblicato in data __/12/2025 sul sito del Comune di Aversa, capofila dell'Ambito C06;
- 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/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 semiresidenziali e residenziali sociosanitari 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' 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-sanitaria a carico dell'Ambito Territoriale/Comune. Lo stesso si sospende a far data dal ricovero presso struttura residenziale, come disposto dalla normativa vigente;
- **E' 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 al 70% dell'importo dell'assegno di cura;
- **E' consapevole** che saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito e che l'Ambito C06 avvierà azioni di recupero delle cifre erogate in caso di mancata, irregolare ovvero carente documentazione delle spese sostenute ed eleggibili.

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila
Aversa, Carinaro, Casaluze, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

- **Si impegna** a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato redatto dall'Unità Valutativa Integrata

II SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA, NEL CASO DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA A:

- documentare le spese per l'assistenza prevista nel PAI, attraverso documentazione giustificativa;
- documentare almeno semestralmente le spese sostenute ed eleggibili di cui all'Avviso Pubblico, fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa.

- Il familiare di riferimento contattabile è:

Nome e Cognome _____

Tel./Cel. _____ - _____

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;
- Copia verbale UVI con valutazione effettuata in base alle scale di cui agli allegati 1 e 2 del D.M. 26/09/2016 ;
- Frontespizio conto bancario/postale con IBAN intestato/cointestato all'interessato

Luogo e data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016 e del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, anche con strumenti informatici, limitatamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma_

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

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