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

Al Comune di Piedimonte Matese
Ente Capofila Ambito C04
Ufficio di Piano
Piazza De Benedictis, 1
81016 – Piedimonte Matese (CE)

COMUNE DI PIETRAMELARA
Protocollo Arrivo N. 4439/2024 del 15-05-2024
Allegato 2 - Class. 7 - Copia Documento

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:

- 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 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-04 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 C04, 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 C04 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.

COMUNE DI PIETRAMELARA
Protocollo Arrivo N. 4439/2024 del 15-05-2024
Allegato 2 - Class. 7 - Copia Documento

- 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_____

COMUNE DI PIETRAMELARA
Protocollo Arrivo N. 4439/2024 del 15-05-2024
Allegato 2 - Class. 7 - Copia Documento