



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana - Capofila

Comuni di Brusciano, Castello di Cisterna, Marigliano, Mariglianella, San Vitaliano

Fondo per la Non Autosufficienza Decreto Dirigenziale n.223/2019

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

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

il riconoscimento di un "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

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 sociosanitarie: _____;



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana - Capofila

Comuni di Brusciiano, Castello di Cisterna, Marigliano, Mariglianella, San Vitaliano

- 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;
- Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità Valutativa

Integrata;

è 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;

è consapevole che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), e che l'Ambito Territoriale N22, procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti utilmente beneficiari solo ad avvenuto accredito delle relative risorse da parte della Regione Campania e in base all'effettiva disponibilità delle stesse.

- 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 _____.



Ambito Territoriale N 22

Comune di Somma Vesuviana - Capofila

Comuni di Bruscianno, Castello di Cisterna, Marigliano, Mariglianella, San Vitaliano

Allega alla presenta:

- Copia di un documento di riconoscimento dell'interessato in corso di validità;
- Eventuale atto di delega e copia di documenti di riconoscimento del delegato;
- Certificazione ai sensi della L.104/92;
- Fotocopia di eventuale decreto di tutela, di curatela o amministrazione di sostegno;
- Modello ISEE sociosanitario in corso di validità;

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 _____