

MODULO PER RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA

**per disabili gravissimi e gravi
ai sensi del Fondo per la Non Autosufficienza FNA 2023
DGRC n. 121 del 14/03/2023 - DGRC n. 70 del 22/02/2024**

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

nato/a a _____ il _____

Residente in _____ alla via _____

C.F. _____ Tel./Cell _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

In nome proprio

Su delega della persona interessata

In qualità di tutore giuridico della persona interessata

In qualità di Caregiver familiare

il riconoscimento del contributo Assegno di Cura

a favore di: (Cognome e Nome) _____

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

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

- | | |
|---|---------|
| -Ha già usufruito dell'assegno di cura nell'anno 2024 | SI NO ; |
| -Affetto da patologia del motoneurone | SI NO ; |
| -Riceve dall'ASL cure/prestazioni sanitarie | SI NO ; |
| -Usufruisce di servizi semiresidenziali socio assistenziali | SI NO ; |
| -Usufruisce di servizi residenziali socio assistenziali | SI NO ; |
| -Usufruisce di servizi residenziali sociosanitari | SI NO ; |
| -È persona con disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 | SI NO ; |
| -È assistito nelle attività quotidiane in modo: | |
| diretto da parte di uno o più familiari conviventi; | SI NO ; |
| indiretto da parte di un assistente familiare/badante; | SI NO ; |

2. 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)** del Distretto Sanitario 67 Mercato San Severino.

3. È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere sociale o di altra prestazione socio-sanitario a carico dell'Azienda Speciale Consortile valle dell'Irno S6.

4. È consapevole che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), e che l'Ambito Territoriale S6, 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.

5. S'impegna a rendicontare la spesa fornendo all'Ambito Territoriale S6 (Assistente sociale del Comune di residenza) la documentazione necessaria a dare prova della spesa ammissibile come previsto dall'art. 3 dell'Avviso.

6. S'impegna a firmare la scheda di valutazione redatto dall'Unità Valutativa Integrata ed il progetto personalizzato.

Il familiare di riferimento contattabile è:

Nome e Cognome _____

Tel./Cell _____ e-mail _____

Allega alla presenta:

- Copia di un documento di riconoscimento del ;
- Copia di un documento di riconoscimento del care giver/amministratore di sostegno;
- Certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3;
- 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;
- Richiesta UVI

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 _____