# AVISO PUBBLICO AI CITTADINI PER ASSEGNI DI CURA

**(approvato con determina dirigenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**MODULO PER RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA**

**per disabili gravissimi e gravi**

# ai sensi del Fondo per la Non Autosufficienza 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

# CHIEDE

In nome proprio

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

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: ;
* 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 alla pubblicazione da parte dell’Ambito Sociale N-16 della graduatoria degli aventi diritto;
* 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- sanitario 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 N-16, 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 N-16 la documentazione necessaria a dare prova della spesa ammissibile che sostengono pari al 70% dell'importo dell'assegno di cura; 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 .

**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;

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