

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

AMBITO TERRITORIALE C10 - MONDRAGONE COMUNE CAPOFILA



Comune di Canello ed Arnone

Comune di Carinola

Comune di Castel Volturno

Comune di Falciano del M.

Comune di Mondragone

MODULO PER RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA ENA 2022/2024

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

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

AMBITO TERRITORIALE C10 - MONDRAGONE COMUNE CAPOFILA



Comune di Cannello ed Arnone

Comune di Carinola

Comune di Castel Volturno

Comune di Falciano del M.

Comune di Mondragone

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)**;

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

AMBITO TERRITORIALE C10 - MONDRAGONE COMUNE CAPOFILA



Comune di Cannello ed Arnone

Comune di Carinola

Comune di Castel Volturno

Comune di Falciano del M.

Comune di Mondragone

- **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 C10, 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 C10 la documentazione necessaria a dare prova della spesa ammissibile effettivamente sostenuta 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 C10 avvierà azioni di recupero delle cifre erogate in caso di mancata, irregolare e/o carente documentazione delle spese sostenute ed eleggibili.
- **Si impegna** a firmare la scheda di valutazione inclusiva del PAI /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 del DISABILE 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;
- Frontespizio Iban (NO Libretto Postale) con dati anagrafici intestatario;

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 -

(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

AMBITO TERRITORIALE C10 - MONDRAGONE COMUNE CAPOFILA



Comune di Cannello ed Arnone



Comune di Carinola



Comune di Castel Volturno



Comune di Falciano del M.



Comune di Mondragone

- Scheda Svama/di della persona non autosufficiente a firma del MMG.

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 _____