

MODULO RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Al Comune di Melito di Napoli
Capofila Ambito Territoriale N16
Via S. Di Giacomo 5/7 - 80017 Melito
(NA)

Per il tramite dei Servizi Sociali del
Comune di _____

OGGETTO: Richiesta di erogazione assegno di cura – III Annualità del Piano Sociale di Zona triennio 2013/15 - Il PSR Campania triennio 2013/15 (Decreto Dirigenziale Regione Campania n.884 del 29.09.2014).

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____

C.F. _____

residente a _____

via _____

telefono n. _____ cell. _____

CHIEDE

- Per sé
- su delega del familiare/parente interessato
- In qualità di tutore giuridico della persona interessata

A favore di:

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____

Codice Fiscale _____

L'attribuzione di un assegno di cura a valere sul F.N.A., ai sensi del Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 884/2014, a supporto del carico di cura sostenuto dalla famiglia per la permanenza a domicilio.

A tal fine, il/la sottoscritto/a ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate.

DICHIARA

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata all'assegno di cura sono i seguenti.

- Di essere affetto dalla seguente patologia:

- gravi demenze
- gravissima disabilità psichiche multi patologiche;
- gravi cerebro lesioni;

stati vegetativi;
 altro _____
nome e cognome del medico _____
indirizzo _____ tel _____
Distretto sanitario _____ ASL _____
Riceve dalla ASL _____ le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie:

Riceve dai Servizi Sociali dell'Ambito N16 le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

- _____
- E' assistito nelle funzioni di vita quotidiana da uno o più familiari.
 - Si rende disponibile ad essere sottoposto, se necessario, a valutazione da parte dell'U.V.I. presso il proprio domicilio.
 - E' consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere **sociale** che sia stata assegnata dall'Ambito o definita in sede di U.V.I. congiuntamente con il Distretto Sanitario.
 - S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dall'U.V.I.

Il familiare/parente di riferimento contattabile è:

nome e cognome _____
n. tel. _____ e-mail _____

Allega alla presente:

- Fotocopia del Documento di Identità del richiedente e del beneficiario ;
- Fotocopia del Codice Fiscale del richiedente e del beneficiario;
- Certificazione medica che attesti la condizione di grave non autosufficienza e la necessità di un'assistenza continuativa e vigile 24 ore su 24, preferibilmente rilasciata da Centro Specialistico di riferimento Regionale;
- Fotocopia del Decreto di Invalidità
- Fotocopia del Decreto Legge 104/92
- Atto di delega alla presentazione della domanda o atto del Tribunale di conferimento incarico di Tutela, Curatela o Amministratore di Sostegno
- Altra certificazione medica (se in possesso)

lì, _____

In Fede

—

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs.vo 196/03 e s.m.i. e autorizza il Piano di Zona dell'Ambito N16 al trattamento ed elaborazione dei dati forniti per finalità statistiche e gestionali anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

lì, _____

In Fede

—
