



PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO S07

Comune capofila Roccadaspide
- Ufficio di Piano -



**AVVISO PUBBLICO
PER L'EROGAZIONE DI ASSEGNI DI CURA E VOUCHER PER DISABILI
GRAVISSIMI E GRAVI - DGRC N.121 DEL 14/03/2023 E DGRC N. 70 DEL 22/02/2024**

(approvato con determinazione dell'Ufficio di Piano R.G. n. 922 del 13/08/2024)

Allegato A

**Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
Ambito S07 - Comune Capofila Roccadaspide
Via G. Giuliani, 6
84069 – ROCCADASPIDE (SA)**

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

ai sensi del Fondo per la Non Autosufficienza – Dec. Dir. 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 _____
e- mail _____

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 _____ Prov. (____)
il _____ residente in _____ Prov. (____) 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: _____;



PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO S07

Comune capofila Roccamarecarone
- Ufficio di Piano -



- il medico di base o il pediatra di libera scelta è: Nome e Cognome _____
tel. Studio _____ cell. _____;
- l'Assistente sociale che ha effettuato la decodifica è il/la dott./dott.ssa _____
S.S.P. del comune di _____
- riceve dall'ASL le seguenti cure/prestazioni sanitarie e socio sanitarie _____
- riceve dai Servizi Sociali del Comune di _____ le seguenti prestazioni sociali o
socio-sanitarie: _____;
- non usufruisce di servizi semiresidenziali e residenziali socio-sanitari 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:
 - o diretto da parte di uno o più familiari conviventi;
 - o indiretto da parte di un assistente familiare/badante;
- 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) e alla pubblicazione da parte dell'Ambito Sociale
S07 della graduatoria degli aventi diritto;
- 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- sanitario 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), l'Ambito
Sociale S07 procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti beneficiari, inseriti in
posizione utile 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 S07 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 di Valutazione Integrata;
- il familiare di riferimento contattabile è:
Nome e Cognome _____ Tel./Cell _____

Allega alla presenta:

- o copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- o copia documento di riconoscimento del potenziale beneficiario, se differente dal richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- o eventuale nomina tutore e/o amministratore di sostegno;
- o eventuale atto di delega;



PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI

AMBITO S07

Comune capofila Roccadaspide
- Ufficio di Piano -



- fotocopia di eventuale decreto di tutela, di curatela o amministrazione di sostegno;
- certificazione ai sensi della L. 104/92 o copia certificazione indennità di accompagnamento del diretto interessato;
- copia dell'attestazione ISEE Socio-Sanitario relativa al nucleo familiare del richiedente, in corso di validità;
- eventuale estremi del verbale di commissione UVI (se in possesso);
- eventuale valutazione visita specialistica con somministrazione di Scala di valutazione rilasciata dal medico del D.S. di riferimento e/o di struttura pubblica (se in possesso);

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 (Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 196/2003 e ss. mod.)

Luogo e data

Firma