



AZIENDA CONSORTILE
PER LA GESTIONE DELLE POLITICHE SOCIALI
NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE N. A1
Via Fontananuova - 83031 Ariano Irpino / AV)

EROGAZIONE ASSEGNI DI CURA A VALERE SUL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2013

Al Protocollo Generale dell'Azienda Consortile Ambito Territoriale Sociale A01
Via Fontananuova
83031 Ariano Irpino (Av)

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Il/La sig./a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____ residente a _____

indirizzo _____

Numero di Telefono _____ Codice Fiscale _____

Documento d'Identità _____

CHIEDE (barrare la/e casella/e d'interesse)

- per se stesso
- in qualità di genitore del/della minore interessato/a
- in qualità di tutore dell'interessato/a
- in qualità di curatore dell'interessato/a
- in qualità di amministratore di sostegno dell'interessato/a
- in qualità di familiare stabilmente convivente con l'interessato/a
- in qualità di altro soggetto munito di formale delega dall'interessato/a

l'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul FNA 2013, ai sensi dell'avviso pubblico in materia dell'Ambito Territoriale Sociale A01, quale supporto alla persona non autosufficiente gravissima e alla sua famiglia, a copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria
a favore di

(compilare solo nel caso in cui il richiedente non coincide con la persona affetta dalla patologia)

nome e cognome _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____ residente a _____

indirizzo _____

Numero di Telefono _____ Codice Fiscale _____

Documento d'Identità _____

ed a tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa, avendo preso sufficiente visione dell'avviso pubblico in materia e accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dell'assegno di cura, nonché all'utilizzo dello stesso

DICHIARA

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

- è affetto/a dalla seguente patologia certificata _____

Nome e cognome del medico (MMG o PLS) _____

Indirizzo _____ tel.: _____

- riceve dalla ASL Avellino le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie:

- riceve dall'Ambito A01 le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

- di essere a conoscenza che l'assegno di cura è erogato direttamente al beneficiario ovvero, al tutore, curatore, amministratore di sostegno, familiare stabilmente convivente, altro soggetto all'uopo formalmente delegato (figura di sostituzione o assistente familiare) che risulti quotidianamente impegnato nelle attività di aiuto e supporto alla persona in situazione di non autosufficienza gravissima;

- di essere a conoscenza che, nel caso di utenti che già ricevono prestazioni di "assistenza tutelare" l'erogazione del primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di interruzione delle prestazioni tutelari atteso che l'assegno di cura costituisce copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria erogata;

- di essere a conoscenza che l'erogazione del primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di interruzione delle misure di sostegno economico al reddito familiare per la non autosufficienza come previsto dall' Avviso pubblico relativo all'erogazione di degli assegni di cura a valere sul Fondo non autosufficienza 2013;

- di essere a conoscenza che la richiesta verrà valutata congiuntamente in sede UVI dall'Ambito Territoriale e dal Distretto Sanitario ai fini dell'accesso effettivo al beneficio che avverrà nei limiti delle risorse rese disponibili a valere sul Fondo Non Autosufficienza 2013 e secondo i criteri di accesso e priorità indicati nell'avviso pubblico in materia le cui condizioni e prescrizioni risultano accettate incondizionatamente;

- di essere a conoscenza che ulteriore documentazione, aggiuntiva o integrativa rispetto a quella allegata alla richiesta e in ogni caso attinente a supportare la valutazione multidimensionale del bisogno sanitario e

sociale, potrà essere richiesta dai referenti del Distretto Sanitario e dal Servizio Sociale Professionale d'Ambito;

- di essere a conoscenza che, trattandosi di una misura alimentata a partita di giro da un fondo dedicato (FNA 2013), l'Ambito A01 procederà all'effettiva liquidazione in favore dei soggetti beneficiari ad avvenuto accredito delle relative risorse da parte della Regione Campania.

Il familiare/ tutore/ amministratore di sostegno/ altro è:

(nome e cognome) _____

n. tel.: _____ e-mail _____

Allega alla presente:

copia documentazione attestante la diagnosi dichiarata, rilasciata da una struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del Servizio Sanitario della Regione Campania o di altra Regione italiana o con essi convenzionata. (N.B. Non è sufficiente l'attestazione di patologia rilasciata da un Medico di Medicina Generale (MMG) o da un Pediatra di Libera Scelta (PLS);

copia documento di riconoscimento, in corso di validità alla data di presentazione della richiesta, del soggetto richiedente;

copia documento di riconoscimento, in corso di validità alla data di presentazione della richiesta, del soggetto potenzialmente beneficiario (se differente dal richiedente);

altra documentazione ritenuta utile per supportare la valutazione (specificare: _____)

Luogo e data: Firma del richiedente

_____, ____/____/____

DICHIARA

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che l'Ambito Territoriale A01 è responsabile del trattamento dei dati personali;

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti ed applicabili.

Luogo e data: Firma del richiedente

_____, ____/____/____