

AZIENDA CONSORTILE DEI SERVIZI SOCIALI A.C.C.C. Ambito N19
Ufficio Di Piano Via Don Luigi Sturzo N° 12 - 80021 Afragola (Na)
REGIONE CAMPANIA
C.F. 09561061210
PEC: aziendaconsortileaccc@pec.it
Email: aziendaconsortileaccc@gmail.com

MODULO RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ C.F. _____ residente
a _____ via _____ telefono
n. _____ cell. _____

CHIEDE

- ⑤ Per sé
- ⑤ su delega del familiare/parente interessato
- ⑤ In qualità di tutore giuridico della persona interessata

L'attribuzione dell'assegno di cura a valere sul Fondo per la Non Autosufficienza D.G.R.C N.325/2020 – "disabili gravissimi"

A favore di:

nome _____ e
cognome _____

nato/a _____ a _____ il _____ residente
a _____

indirizzo _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

L'attribuzione di un assegno di cura 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:

- ⑤ gravi demenze
- ⑤ gravissima disabilità psichiche multi patologiche;
- ⑤ gravi cerebro lesioni;
- ⑤ stati vegetativi;

altro:

nome e cognome del medico (MMG o PLS) _____

Indirizzo _____ tel _____

Distretto sanitario _____

Riceve dalla ASL le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie:

Riceve dai Servizi Sociali del comune di _____ Azienda Consortile N19 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:

Certificazione di inserimento in progetto/P.A.I. di Cure Domiciliari;

Fotocopia del Documento di Identità e del Codice Fiscale (del richiedente e del beneficiario);

Certificato del medico di famiglia che attesti tutte le patologie;

Altra certificazione medica (se in possesso);

- Fotocopia del Decreto di Invalidità;

- Fotocopia del Decreto Legge 104;

- Atto di delega alla presentazione della domanda o atto del Tribunale di conferimento incarico di Tutela, Curatela o Amministratore di Sostegno;

- ISEE in corso di validità.

N.B.

Accedono agli assegni di cura del presente Programma le persone non autosufficienti in condizione di “disabilità gravissima” o di “disabilità grave” residenti nell’Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di “Cure Domiciliari” . Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi semiresidenziali e residenziali sia sociosanitari che socio-assistenziali.

Lì, _____

In Fede

Dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs.n. 196 del 2003 concernente la “tutela della persona rispetto al trattamento dei dati personali”, ad autorizzare l’istituzione per i Servizi Sociali a trattare, nei limiti previsti dalla legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili;

lì, _____

In Fede

Timbro e firma dell’operatore che riceve la domanda _____