

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

**Spett.le Ufficio del Piano Sociale di Zona Ambito N14
Comune Capofila Giugliano in Campania (NA)**

**Per il tramite dei Servizi Sociali
del Comune di Giugliano in Campania**

Il/La Sig./ra (Nome e Cognome) _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ alla Via _____

domiciliato/a _____ C. F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Doc. d'Identità _____ Tel./ Cellulare _____
(tipo e numero)

CHIEDE

- In nome proprio
- Su delega del familiare / parente interessato
- In qualità di tutore giuridico della persona interessata

il riconoscimento di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2018 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 223 del 01/07/2019 per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone non autosufficienti per il sostegno all'assistenza domiciliare per disabilità gravissime a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali (O.S.S.)

A favore di:
(Nome e Cognome) _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ alla Via _____

domiciliato/a _____ C. F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Doc. d'Identità _____ Tel./ Cellulare _____
(tipo e numero)

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che l'utente:

- fa richiesta dell'Assegno di Cura per la prima volta;
- è già beneficiario di assegno di cura, con un punteggio Barthell pari a _____;
- è già stato valutato in U.V.I., con un punteggio Barthell pari a _____, ma di non ha ancora usufruito di Assegno di Cura.

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

a) è affetto/a dalla seguente patologia _____

b) il medico (MMG o PLS) è: Nome e Cognome _____

Indirizzo _____ tel. ufficio: _____ cellulare _____

c) è in possesso della connotazione di gravità accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 L.104/92;

d) è titolare di indennità di accompagnamento;

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

d) Riceve dai Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona Ambito N14 Comune di Giugliano in Campania le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

e) È assistito nelle funzioni di vita quotidiana in modo:

diretto da parte di uno o più familiari conviventi;

indiretto da parte di un Assistente familiare/badante (in tal caso, in fase di monitoraggio è necessario produrre contratto di lavoro e documenti attestanti il versamento dei contributi)

f) È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli ambiti per i non autosufficienti né con voucher per l'assunzione di badanti

g) S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla U.V.I.;

h) E' consapevole che la presentazione della presente domanda non dà diritto automatico alla corresponsione dell'assegno che sarà erogato solo agli aventi diritto in base alle risultanze dell'UVI e fino alla concorrenza delle risorse assegnate all'Ambito N14 con Decreto 223/2019 e programmate nel Piano sociale di Zona a seguito del materiale accreditato di fondi da parte della Regione Campania;

l) Nell'eventuale fruizione dell'assegno di cura si impegna all'osservanza delle leggi e decreti vigenti o emanati in corso di erogazione dagli Enti competenti;

J) Il familiare/ parente di riferimento contattabile è:

(Nome e Cognome) _____

Tel. _____ cellulare _____ e pec mail _____

Informativa circa i criteri di accesso e le priorità di accesso al programma assegno di cura a valere sul FNA 2018:

Ai sensi dell'art.5 dell'Allegato A al Decreto Dirigenziale n. 223 del 01/07/2019, l'ammissione dei richiedenti agli assegni di cura o la prosecuzione dell'intervento per coloro che ne hanno già beneficiato nelle precedenti programmazioni si esplicita secondo le seguenti priorità **fino ad esaurimento delle risorse disponibili**:

Per gli utenti gravissimi

a) connotazione di disabilità gravissima e punteggio più elevato a partire dai punteggi/parametri fissati all'art. 3 del D.M. 26/9/2016;

a.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI) e l'**ISEE sociosanitario**;

Per gli utenti gravi

b) connotazione di disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92, e punteggio più elevato della scala Barthel a partire da 55;

b.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche e della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI) e l'**ISEE sociosanitario**

Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già presi in carico nelle Cure Domiciliari, con o senza assegno di cura, sia i nuovi richiedenti.

La conferma e prosecuzione degli assegni di cura per coloro che ne hanno già usufruito nelle precedenti programmazioni regionali, si esplica secondo le secondo modalità:

a) gli utenti ammessi ex D.D. 261/2016 con punteggio Barthel devono essere rivalutati dalla UVI con le scale ex D.M. 26/9/2016 per verificare se rientrano nella connotazione di disabilità gravissima secondo i punteggi previsti dal suddetto Decreto;

b) gli utenti che ne hanno beneficiato, pur in assenza di una valutazione delle condizioni economiche, devono presentare l'ISEE sociosanitario ed essere rivalutati dall'assistente sociale dell'Ambito.

La prosecuzione degli assegni di cura oltre i primi 12 mesi avviene in via automatica ed **in base alla disponibilità finanziaria dell'Ambito Territoriale**, senza ricorrere ad ulteriori rivalutazioni.

Informativa circa le modalità di pagamento ai fini dell'eventuale erogazione dell'assegno di cura:

Conto corrente postale o bancario(intestato all'utente o all'Amministratore di sostegno /tutore giuridico)
IBAN _____

INTESTATO A _____

Allega alla presente:

- copia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente-beneficiario;
- copia dell'atto di tutela o di amministrazione di sostegno (in caso di presenza di tutore/amministratore di sostegno);
- atto di delega alla presentazione della domanda (in caso di richiesta per delega);
- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente per delega e/o tutore giuridico;
- scheda attestazione patologia rilasciata dal MMG o PLS;
- copia del decreto di invalidità
- copia del decreto Legge 104
- ISEE Socio Sanitario

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione di tutto quanto su riportato e di accettare quanto previsto dal Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 223 del 01/07/2019 e relativi allegati.

Luogo e data _____

(firma leggibile)

Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data _____

(firma leggibile)
