Comune di Avellino
Piazza del Popolo,1
Tel. 0825 200 557 - 324 - 316 - 280
pec: ufficioprotocollo@cert.comune.avellino.it

MODULO DI RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

(ai sensi del D.D. Regione Campania n. 223 del 01/07/2019 – a valere sulle risorse del FNA)

SEZIONE DATI RICHIEDENTE

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

nato/a a _____ il ____/____/_____

residente nel comune di _____ alla Via/Piazza

_____ n° ____ Codice Fiscale _____

Tel. _____Cell. _____

Documento d'Identità _____

nella qualità di

□ **legale rappresentante** (specificare: □ tutore; □ curatore; □ amministratore di sostegno) del diretto interessato (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/_____

residente nel comune di _____ alla Via/Piazza

_____ n° ____ Codice Fiscale _____

□ **referente familiare** (specificare: _____)

del diretto interessato (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/_____

residente nel comune di _____ alla Via/Piazza

_____ n° ____ Codice Fiscale _____

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,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che gli assegni di cura sono contributi economici omnicomprensivi erogati dall'Ambito Territoriale Sociale, in presenza di risorse a disposizione, in favore di persone non autosufficienti in condizione di disabilità gravissima assistite a domicilio e che costituiscono un

titolo di riconoscimento delle prestazioni di assistenza tutelare svolte dai familiari degli ammalati;

- di essere a conoscenza che gli assegni di cura sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'OSS (Operatore Socio Sanitario) di competenza dell'Ambito territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei PAI di cure domiciliari integrate/ADI;
- di essere consapevole che l'U.V.I. individua un familiare di riferimento che assume la responsabilità di effettuare le prestazioni assistenziali programmate nel P.A.I.;
- di impegnarsi a comunicare, con tempestività, al distretto sanitario di Avellino eventuali ricoveri dell'assistito, nonché eventuale sopraggiunto decesso;
- di essere a conoscenza che la presente richiesta non dà diritto alcuno all'erogazione dell'assegno di cura che resta subordinata agli esiti della valutazione in U.V.I. e alla presenza di risorse d'Ambito effettivamente disponibili;

CHIEDE

di valutare che in caso di attivazione di un progetto di Cure Domiciliari in favore del diretto interessato su indicato, le "prestazioni sociali" dell'assistenza socio-sanitaria vengano erogate attraverso l'assegno di cura;

Allega:
- copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- copia documento di riconoscimento del diretto interessato, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- copia certificazione indennità di accompagnamento del diretto interessato;
- copia attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo e data: _____, ___/___/_____

Firma

_____

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03 □ SI □ NO

Luogo e data della richiesta _____

Firma _____