

A) MODULO PER LA RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

**Spettabile Ufficio di Piano
Ambito Territoriale N27
Via Raiola 42
Castellammare di Stabia (NA)**

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

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ alla via _____

Domiciliato/a _____

C.F. _____

Tel./cellulare _____

CHIEDE

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

Il riconoscimento di un "assegno di cura" a valere sul FNA 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29/09/2014 in attuazione del Decreto Interministeriale del 20/03/2013 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.

A favore di:

(Nome e Cognome): _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ alla via _____

Domiciliato/a a _____

C.F. _____

Tel./cellulare _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 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 responsabilità

DICHIARA

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

a) È affetto dalla seguente patologia _____

b) Il medico (MAP o PLS) è il dr. _____

Indirizzo _____ tel. Uff. _____ cell. _____

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

d) Riceve dai Servizi Sociali del Comune di Castellammare di Stabia le seguenti prestazioni sociali o socio sanitarie:

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

f) È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura esclude ogni altra prestazione a carattere sociale che sia stata assegnata dal Piano di Zona Ambito N27 o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI) congiuntamente con il distretto sanitario

g) Si impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato in UVI

h) Il familiare/parente di riferimento contattabile è _____

Tel. _____ cell. _____ email _____

Allega alla presente:

- ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente/destinatario
- ✓ Atto di delega alla presentazione della domanda (in caso di delega)
- ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente per delega e/o tutore giuridico
- ✓ Richiesta di valutazione UVI redatta dal MAP o PLS
- ✓ Scheda SVAMA e/o SVAMDi sanitaria compilata dal MAP o PLS
- ✓ Certificazioni mediche attestanti la non autosufficienza con dicitura "disabile grave/gravissimo" come previsto dalle linee guida ai percorsi sociosanitari"
- ✓ Eventuale certificazione specialistica (comprensiva di Clinical Dementia Rating Scale



– CDRs)

Castellammare, _____

Firma

Il/la sottoscritto/a esprime consenso al trattamento dei miei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al DLgs n. 196/2003.

Castellammare, _____

Firma

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'A' followed by a vertical line and a small flourish at the bottom.