



# Ambito Territoriale dei Servizi Sociali C03

Comune Capofila Teano



## MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Al Protocollo Generale del Comune di \_\_\_\_\_

Il sig. (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Documento Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campani n. 884 del 29/09/2014 a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

per sé

in qualità di familiare (specificare \_\_\_\_\_)  in qualità di tutore giuridico

A favore di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

A tale 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 o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. lgs

### DICHIARA

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

è affetto da \_\_\_\_\_

certificata da: nome e cognome del Medico (MMG o PLS) \_\_\_\_\_



## Ambito Territoriale dei Servizi Sociali C03

Comune Capofila Teano



indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

- Che riceve dai servizi Sociali dell'Ambito le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

\_\_\_\_\_

Che è assistito nelle funzioni della vita quotidiana da uno o più familiari conviventi.

È 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 C03 definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario n.14.

È consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata al trasferimento delle risorse da parte della Regione Campania.

E' consapevole che l'assegno di cura viene sospeso qualora la persona che ne usufruisce entri in una struttura per un ricovero temporaneo e che la sospensione dell'erogazione, durerà per lo stesso periodo.

E' consapevole che l'assegno di cura decade dalla data del decesso o dal momento del ricovero definitivo in una struttura.

E' consapevole che l'assegno può essere revocato, altresì, a fronte di gravi inadempienze da parte della famiglia rispetto agli impegni assunti nel garantire le attività socio-assistenziali.

Si impegna, inoltre, a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla UVI.

Il familiare/parente di riferimento contattabile è:  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Ai fini dell'espletamento della pratica, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003.

Si allega alla presente:

- fotocopia documento di riconoscimento;
- certificazioni necessarie per la valutazione del caso.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_