

MODELLO DI DOMANDA



Comuni di: Amorosi, Castelvenere, Cerreto Sannita(capofila), Cusano Mutri, Dugenta, Faicchio, Guardia Sanframondi, Limatola, Melizzano, Paupisi, Pietraroja, Puglianello, San Lorenzello, San Lorenzo Maggiore, San Lupo, San Salvatore Telesino, Solopaca, Telese Terme.

**Al Comune di Cerreto Sannita
Ente Capofila Ambito B04
Ufficio di Piano
Corso Umberto I
82032 – Cerreto Sannita (BN)**

OGGETTO: Richiesta “Assegno di cura” F.N.A. 2013 – II Annualità del PSR 2013/2015.

Il / La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

Numero di Telefono _____ Documento d’Identità _____

Per sé medesimo

Per il Signor _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____

Numero di Telefono _____ Documento d’Identità _____

con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo di parentela _____

(figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro)

CHIEDE

di essere ammesso alla graduatoria per l’accesso all’assegno di cura a valere sul F.N.A. 2013 – II Annualità del P.S.R. 2013/2015 - a favore di persone in condizione di non autosufficienza, senza distinzioni di patologie, con disabilità gravissime che necessitano di un’assistenza continuativa e vigile 24 ore su 24, a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

A tal 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 od 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:

E' affetto/a da _____

Nome e cognome del medico (MMG o PLS) _____

Indirizzo _____ tel: _____

Distretto Sanitario _____ ASL _____

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

Riceve dai Servizi Sociali del Comune di _____ Ambito Territoriale _____

le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie: _____

E' assistito nelle funzioni di vita quotidiana da uno o più familiari conviventi;

Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata 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 dal Comune/Ambito Territoriale o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario;

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

Il familiare/parente di riferimento contattabile è :

(nome e cognome) _____

n. tel: _____ e-mail _____

Ai fini dell'espletamento della pratica, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/2003 SI NO

Allega alla presente : _____

Data _____

Firma del richiedente _____

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- Copia del documento di identità del richiedente e del potenziale beneficiario qualora non fosse la stessa persona;
- Certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92;
- Certificazione del proprio MMG/PLS che attesti la condizione di grave non autosufficienza e la necessità di un'assistenza continuativa e vigile 24 ore su 24;
- Attestazione ISEE ai sensi del D. Lgs. 31/3/1998, n. 109 e successive modificazioni, per la determinazione della Situazione Economica del nucleo familiare del richiedente o beneficiario qualora non coincidente.