



Al Comune di _____
Al Servizio PUA / Servizi Sociali e Socio-sanitari

OGGETTO: richiesta di valutazione per l'accesso alle Cure Domiciliari Integrate / Programma Assegni di Cura - FNA

(dati del richiedente - scrivere in stampatello)

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Indirizzo _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

Per sé (beneficiario finale / utente come sopra identificato)

Per familiare convivente (specificare il grado di parentela se presente ed allegare atto di delegata sottoscritta dal delegante) _____

Per familiare convivente (specificare il grado di parentela se presente ed allegare dichiarazione attestante che il beneficiario finale non è in grado di firmare, in attesa di nomina di rappresentate giuridico) _____

In qualità di tutore giuridico o amministratore di sostegno della persona interessata (allegare atto) _____

(dati del delegato, diverso dal con identificato in precedenza)

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Indirizzo _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

la valutazione per l'accesso alle cure domiciliari / Programma Assegno di Cura, a supporto del carico di cura sostenuto dalla famiglia per la permanenza a domicilio,

A tal fine, il/la sottoscritto/a _____ ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate,



DICHIARA

(barrare con una X solo la risposta che riguarda la condizione del richiedente/beneficiario finale)

di essere stato/a già valutato/a in UVI con assegnazione dell'Indice Barthel pari a _____

di avere il riconoscimento dell'invalidità totale e permanente pari al 100%;
 con beneficio dell'identità di accompagnata;

di aver il riconoscimento dell'invalidità con la seguente % _____;

di essere in possesso della certificazione, ai sensi della Legge 104/92 - art. 3 comma 3;

di non aver usufruito nell'ultimo anno del servizio di assistenza domiciliare erogata dal Comune/Ambito e/o di altro servizio;

di usufruire dal _____ del servizio di assistenza domiciliare integrata erogata dal Distretto Sanitario per le seguenti prestazioni _____;

di aver già presentato richiesta di accesso alle Cure Domiciliari Integrate ma di non aver mai usufruito del servizio;

di aver chiesto o usufruito nell'ultimo anno di altri servizi sociali o sanitari di cui usufruisce (esempio: PTRI/BdS; Centro Diurno e ecc.) _____;

di essere disabile affetto dalla/e seguente/i patologia/e o condizione
(barrare con una o più X):

cronico degenerativa non reversibili;

grave demenza;

disabilità psichiche (con multi patologiche);

cerebroleso;

stato vegetativo;

Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

Altre malattie del motoneurone

altro (specificare) _____

Che il proprio M.M.G./P.L.S. è _____

Recapiti Tel. _____

e-mail _____

Di essere non autosufficiente e di essere assistito, presso il proprio domicilio, per le funzioni di vita quotidiana da uno familiare convivente o altra persona convivente, con funzione di care-giver (specificare il nominativo): _____

Di necessitare di assistenza continuativa, in regime domiciliare, notturno e diurno (h/24);

Di rendersi disponibile alla valutazione da parte dell'U.V.I., anche presso il proprio domicilio;

Di essere a conoscenza che il criterio per l'ammissione al "Programma Assegni di Cura" è determinato in sede U.V.I. in base all'indice Barthel (o altra scala di valutazione) e che a parità di punteggio e a concorrenza delle risorse disponibili la priorità è riservata all'utente con ISEE più basso e più giovane;

di aver preso visione del Disciplinare adottato dall'Ambito Territoriale C1 per la gestione del Programma Assegni di Cura;

di essere consapevole che l'erogazione dell'Assegno di Cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione socio-sanitario a carico dell'Ambito Territoriale/Comune. Lo stesso si sospende a far data dal ricovero presso struttura residenziale, come disposto dalla normativa vigente;



di essere a conoscenza che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), e che l'Ambito Territoriale C1, ovvero il Comune Capofila Caserta, procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti utilmente beneficiari solo ad avvenuto accredito delle relative risorse da parte della Regione Campania e in base all'effettiva disponibilità delle stesse.

di impegnarsi:

- ^ a partecipare, se del caso, alle Unità di Valutazione Integrate;
- ^ a fornire altre eventuali ulteriori informazioni e documenti;
- ^ a firmare, se beneficiario dell'assegno di cura, il modulo di accettazione/PAI;
- ^ a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza qualsiasi variazione delle informazioni e dei dati contenute nella presente richiesta.

Allega alla presente (spuntare con una X):

- ^ Certificazioni sanitarie attestati la patologia ed il livello di gravità (specificare)
-

- ^ Certificazione indennità di accompagnamento del diretto interessato.
- ^ Certificato del proprio MMG o PLS attestante la condizione di non autosufficienza e la necessità delle cure domiciliari ad alta intensità assistenziale;
- ^ Compilazione a cura del proprio MMG o PLS della sez. A della S.M.A.M.DI.;
- ^ Atto di delega alla presentazione della domanda, se la persona che presenta la domanda è diversa dal beneficiario;
- ^ Atto di nomina a tutore giuridico o amministratore di sostegno, se presente;
- ^ Atto di richiesta alla nomina di tutore giuridico o amministratore di sostegno, se presente;
- ^ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente/beneficiario finale e, se del caso, del delegato o tutore giuridico o amministratore di sostegno
- ^ Altro, _____.

li, _____

In Fede

Consenso Informato

Il/la sottoscritto/a _____
acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs.vo 196/03 e s.m.i. e autorizza il Comune di residenza e l'Ufficio Piano di Zona dell'Ambito Territoriale C1 al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti per finalità statistiche e gestionali dei propri dati anche mediante l'ausilio di procedure informatizzate e al trasferimento dei dati personali ad altri Enti per gli adempimenti amministrativi e per la valutazione socio-sanitaria, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie.

li, _____

In Fede
