



Allegato A.1

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

OGGETTO: Programma Assegni di Cura – FNA 2017 – richiesta continuità assistenziale cure e domiciliari integrate – Disabilità Gravissima

(dati del richiedente/beneficiario finale - utente)

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

Per familiare e/o 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, non identificato in precedenza)

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

indirizzo _____ Codice Fiscale _____

la continuità assistenziale nel Programma Assegni di Cura/Cure Domiciliari, dichiarando che nella valutazione dell'U.V.I. è stato attribuito un indice Barthel pari a _____.

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 propria risposta)

- che non sono mutate le condizioni di non autosufficienza valutate in sede UVI per l'accesso alle cure domiciliari integrate / programma assegni di cura;
- 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 attraverso le prestazioni;
- 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 assistito, presso il proprio domicilio, per le funzioni di vita quotidiana da un familiare convivente o altra persona convivente, con funzione di care-giver (specificare il nominativo):

tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

- Di necessitare di assistenza continuativa, in regime domiciliare, notturno e diurno (h/24);
- Di rendersi disponibile alla eventuale ri-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 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 a carattere 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 a partita di giro 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.

Ai fini della predisposizione dell'atto di liquidazione del beneficio economico previsto dal Programma Assegni di Cura - FNA 2017 - Continuità Assistenziale - Ambito Territoriale C1, il/la sottoscritto/a _____, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate, inoltre dichiara che l'IBAN sul quale accreditare l'assegno di cura è _____ (Il c/c deve essere idoneo a ricevere pagamenti da parte della P.A. - non sono validi IBAN di Libretti Postali o similari).

IBAN _____

(Scrivere stampatello ed in maniera comprensibile - allegare possibilmente documento IBAN)

IBAN intestato e/o co-intestato con il beneficiario finale: | | si | | no

Intestato a: _____

Nato/a a _____ il _____ Cod. Fiscale _____

Residente a: _____ CAP _____

Co-intestato IBAN

Nato/a a _____ il _____ Cod. Fiscale _____

Residente a: _____ CAP _____

In qualità di: _____

Allega alla presente (spuntare con una X i propri allegati alla richiesta):

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

Certificazione indennità di accompagnamento del diretto interessato, se presente;

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
