



Comune di Pozzuoli



Comune di Bacoli



Comune di Monte di Procida



AMBITO N12 COMUNE CAPOFILA POZZUOLI

MODULO PER RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA per disabili gravissimi a valere su FNA 2024

Al Servizio Sociale del Comune di _____

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

C.F. _____ Residente in _____

alla via _____ Tel./Cell _____

CHIEDE il riconoscimento dell'Assegno di cura – FNA 2024

- in nome proprio
- in qualità di tutore giuridico della persona interessata
- in qualità di Caregiver familiare

a favore di: (Nome e Cognome) _____

nato/a a _____ il _____

C.F. _____ Residente in _____

alla via _____ Tel./Cell _____

DICHIARA

- di non usufruire di servizi residenziali sociosanitari o socio assistenziali;
- di non usufruire della prestazione prevalente del Progetto INPS Home Care Premium;
- di non usufruire dei Programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente, salvo che questi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona non ricompresi nell'Assegno di Cura;
- di essere consapevole che la presentazione della domanda non dà diritto all'assegno di cura **giacché l'ammissione al beneficio è subordinata all'esito delle valutazioni che saranno effettuate dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI) e alla pubblicazione della graduatoria da parte dell'Ambito Sociale N12;**
- di essere consapevole che il contributo si sospende a far data dal ricovero presso struttura residenziale, come disposto dalla normativa vigente;



Comune di Pozzuoli



Comune di Bacoli



Comune di Monte di Procida



AMBITO N12 COMUNE CAPOFILA POZZUOLI

- di essere consapevole che il beneficio è sospeso nei casi di ricovero presso strutture ospedaliere per un periodo superiore a 30 giorni;
- di essere consapevole che trattandosi di una misura finanziata dal Fondo Non Autosufficienze, l'Ambito Sociale N12 procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti beneficiari nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione Campania;
- di impegnarsi a dare prova delle spese ammissibili (art. 4 Allegato B della D.G.R. 70/2024) riconducibili al beneficiario nella misura di almeno il 70% dell'importo erogato, pena sospensione del beneficio;
- di impegnarsi alla sottoscrizione del Progetto Personalizzato Individuale.

Allega alla presente:

- copia documento di riconoscimento del potenziale beneficiario;
- copia documento di riconoscimento del caregiver;
- copia nomina tutore e/o amministratore di sostegno;
- copia certificazione indennità di accompagnamento del potenziale beneficiario;
- copia certificazione Legge n. 104/1992 art. 3, comma 3;
- scheda A della SVAMA o SVAMDI redatta dal medico curante;
- scheda B della SVAMA o SVAMDI redatta dal medico specialista;
- copia attestazione ISEE Socio-Sanitario in corso di validità;
- copia della Certificazione IBAN intestata al potenziale beneficiario e/o al suo tutore legale e/o amministratore di sostegno (**non sono validi gli IBAN di libretti di risparmio postali** in quanto non sono abilitati a ricevere bonifici).

Luogo e data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003 e ss. mod.)

Luogo e data _____

Firma _____