



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

Alla c.a

**Dirigente Area Servizi al Cittadino
Responsabili dei Servizi Sociali
Assistenti Sociali
dei Comuni ATS C06**

**OGGETTO: FNA 2022 2024 DGR 121/2023 – rettifica nostra pec. n° 52379 del 05.10.2023 Allegato A.
Domanda Assegno di Cura**

In riferimento all'oggetto, si invia Allegato A. Domanda Assegno di Cura che rettifica il precedente inviato da Codesto UdP con nota prot. 52379 del 05.10.2023.

Tanto si comunica, per dovere d'ufficio.

In allegato:

- ✓ ***Modello A. Domanda Assegno di Cura ATS C06.***

Aversa, data del protocollo.

La Coordinatrice dell'UdP ATS C06
Dott.ssa Cristina Accardo
Firma autografa sostituita ai sensi dell'art. 3 del D.LGS 39/93

Il Dirigente Area Servizi al Cittadino
Dott. Giovanni Gangi
Firma autografa sostituita ai sensi dell'art. 3 del D.LGS 39/93



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

Modello A (Domanda assegno di cura)

Programma Regionale Assegni di cura ex D.G.R. n. 121 del 14/03/2023

A valere sul FNA 2022-2024

Al Servizio Sociale del Comune di _____

OGGETTO: Programma Regionale Assegni di Cura FNA 2022-2024, approvato con D.G.R n. 121 del 14/03/2023

Richiesta assegno di Cura.

Il / La sottoscritto/a (nome e cognome) _____ nato/a
a _____ il _____ residente a _____
c.f. _____

Numero di Telefono _____ Documento d'Identità _____
rilasciato da _____ il _____

- Per sé medesimo
- Per il/la Signor _____
nato/a _____ il _____
residente a _____

Numero di Telefono _____ Documento d'Identità _____
rilasciato da _____ il _____

con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo di parentela
_____ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro),



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

**opportunamente informato dall'Assistente Sociale _____
del Comune di _____ in merito al Programma in oggetto, avendo preso
visione del Programma Regionale di Assegno di Cura approvato con DGR n. 121/23,**

CHIEDE

di aderire al Programma Regionale di Assegni di cura a valere sulle risorse del F.N.A. 2022-2024 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 _____, come da certificazione medica in suo possesso;

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 C06 le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

COMUNE DI AVERSA Prot.0052464-06/10/2023-c_a512-PG-0213-0007-P 0011-0119

*Comune di Aversa Capofila*

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

- Nel caso il beneficiario sia iscritto a scuola, indicare l'Istituto e i relativi servizi attivati da parte dell'Ambito Sociale:

- Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI);

- E' consapevole che l'ammissione dei richiedenti al programma di assegni di cura si esplicita secondo le condizioni e le priorità disposte con la D.G.R. n. 121/2023, fino ad esaurimento delle risorse disponibili;

- Dichiara di essere/di non essere già in carico alle Cure Domiciliari come da (*indicare documentazione comprovante che va obbligatoriamente allegata alla presente domanda*) _____;

- 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) del Distretto Sanitario, che, all'uopo, si avvarrà degli strumenti di valutazione previsti dal D.M. 26/09/2016;

- 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 C06 o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario;

- E' assistito nelle funzioni di vita quotidiana dal seguente familiare convivente:

Nome e Cognome: _____;

Luogo e data di nascita: _____;

Vincolo di parentela: _____;

Coordinate Bancarie:

- del Beneficiario
- del genitore, in caso di minore
- del tutore/curatore/amministratore di sostegno, in caso di nomina del Tribunale

IBAN (NO LIBRETTO POSTALE):



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

4 caratteri	3 caratteri					

Dati anagrafici:

Intestazione: _____;

Indirizzo: _____;

C.A.P.: _____;

Città: _____ Provincia: _____;

Il familiare/parente di riferimento contattabile è:

(nome e cognome)

n. tel: e-mail

Dichiara, inoltre:

Di aver letto il Programma Regionale Assegni di Cura e di accettarne integralmente i contenuti nonché le modalità attuative;

Di aver letto e sottoscritto il modello B. nota informativa che si allega alla presente domanda;

Che il Comune di Aversa, capofila dell'Ambito Territoriale C06, provvederà al pagamento dell'assegno solo a seguito del trasferimento delle risorse da parte della Regione Campania.

Allega la documentazione di seguito elencata:

1. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (e del familiare/tutore/amministratore di sostegno, qualora la domanda sia a firma di quest'ultimo) e della persona per cui si chiede l'assegno di cura;
2. fotocopia codice fiscale del richiedente (e del familiare/tutore, qualora la domanda sia a firma di quest'ultimo) e della persona per cui si chiede l'assegno di cura;
3. ISEE sociosanitario in corso di validità;
4. copia dell'atto di designazione dell'amministratore di sostegno o tutela giuridica (se previsto);
5. certificazione attestante la disabilità gravissima con riconoscimento indennità di accompagnamento;



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

6. Copia codice IBAN (bancario o postale NO LIBRETTO POSTALE);
7. Modello B (nota informativa sottoscritta);
8. Eventuale documentazione relativa Adi Sanitaria/ CERTIFICATO DISTRETTO DI APPARTENENZA;
9. SVAMA o SVAMDI C;
10. Altra eventuale documentazione (da indicare)

Luogo e data _____

Nome e Cognome leggibile per esteso richiedente

Firma richiedente per presa visione



Comune di Aversa Capofila

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (specificare) _____

Autorizza il trattamento dei dati personali ivi indicati nella presente istanza ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

SI NO

Luogo e data della richiesta

Nome e Cognome leggibile per esteso richiedente

Firma richiedente per presa visione
