

Allegato A

Azienda Speciale Consortile/Consorzio Valle dell'Irno S6  
Via Aldo Moro  
84081 Baronissi (Sa)  
consorziovalleirnos6@pec.it

**RICHIESTA AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI  
CURA EX DGR 70/2024 – FNA 2024**

Il/La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- In nome proprio
- Su delega della persona interessata
- In qualità di tutore giuridico della persona interessata
- In qualità di Caregiver familiare

L'ammissione al Programma Regionale di Assegni di cura ex DGR 70/2024 - FNA 2024

a favore di: (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel./Cell \_\_\_\_\_

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

1. che i dati e le informazioni relative alla persona non autosufficiente interessata all'erogazione dell'assegno di cura sono i seguenti:
  - Ha già usufruito dell'assegno di cura – fondi FNA 2023 SI NO ;
  - Affetto da patologia del motoneurone SI NO ;
  - Riceve dall'ASL cure/prestazioni sanitarie SI NO ;
  - Usufruisce di servizi semiresidenziali socio assistenziali SI NO ;
  - Usufruisce di servizi residenziali socio assistenziali SI NO ;
  - Usufruisce di servizi residenziali sociosanitari SI NO ;

- È persona con disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma SI NO ;
  - È assistito nelle attività quotidiane in modo:
    - diretto da parte di uno o più familiari conviventi; SI NO ;
    - indiretto da parte di un assistente familiare/badante; SI NO ;
2. È 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)** del Distretto Sanitario 67 Mercato San Severino.
  3. È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere sociale o di altra prestazione socio-sanitario a carico dell'Azienda Speciale Consortile valle dell'Irno S6.
  4. È consapevole che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), e che l'Ambito Territoriale S6, procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti utilmente beneficiari, inseriti nella graduatoria a seguito dell'Avviso pubblico, solo ad avvenuto accredito delle relative risorse da parte della Regione Campania e in base all'effettiva disponibilità delle stesse.
  5. S'impegna a rendicontare la spesa fornendo all'Ambito Territoriale S6 (Assistente sociale del Comune di residenza che certifica la rendicontazione) la documentazione necessaria a dare prova della spesa ammissibile come previsto dall'art. 3 dell'Avviso.
  6. S'impegna a firmare la scheda di valutazione redatta dall'Unità Valutativa Integrata ed il progetto personalizzato.
  7. Il sottoscritto è consapevole che tale misura NON è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con altri programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni, e pertanto con i programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente salvo che questi ultimi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona da prevedersi nel progetto personalizzato e non ricompresi nell'Assegno o nel Voucher (es. adeguamenti dell'abitazione, domotica, collocamento temporaneo in struttura residenziale a scopo di sollievo ovvero brevi permanenze in soluzioni residenziali finalizzate alla progressiva emancipazione dalla famiglia d'origine).
  8. Il sottoscritto è consapevole che con l'ammissione al Programma Regionale di Assegno di Cura si sostituiscono le ore di prestazioni di assistenza tutelare garantite dall'Operatore Socio Sanitario di competenza dell'Azienda Speciale Consortile/Consorzio Valle dell'Irno S6 – così come previsto dalla DGR n.70/2024;
  9. Il sottoscritto è consapevole che la presente domanda (in caso di prima istanza) non dà diritto all'Assegno di Cura giacché l'ammissione è subordinata all'esito delle valutazioni effettuate dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI);
  10. Il sottoscritto è consapevole che a seguito dell'approvazione di apposita graduatoria qualora fosse risultato beneficiario sarà convocato presso il Comune di residenza dall'assistente sociale competente e dovrà compilare e firmare (la firma potrà essere apposta, ove impossibilitato da genitore/tutore in caso di minori ovvero di procuratore/curatore con delega) il modello di accettazione/rinuncia del beneficio. Senza la consegna di detto modello a mano o a mezzo PEC nei tempi e nelle modalità stabilite dall'Ambito si riterrà formalmente rinunciatario avendo lo stesso valore contrattuale ai fini dell'erogazione del beneficio, ascrivendo in esso ogni valore di notifica ai sensi di Legge.
  11. Il sottoscritto è consapevole che saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito e che l'Azienda

Consortile/Consorzio Valle dell'Irno S6 avvierà azioni di recupero delle cifre erogate in caso di mancata, irregolare ovvero carente documentazione delle spese sostenute ed eleggibili.

Il familiare di riferimento contattabile è:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tel./Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Allega alla presenta:**

- Copia di un documento di riconoscimento del beneficiario;
- Copia di un documento di riconoscimento del care giver/amministratore di sostegno;
- Certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3;
- Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'Inps;
- Fotocopia di eventuale decreto di tutela, di curatela o amministrazione di sostegno;
- Modello ISEE sociosanitario in corso di validità;

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 \_\_\_\_\_