

**Al Servizio Sociale Professionale del  
Comune di \_\_\_\_\_**  
(indicare il Comune di residenza della persona disabile)

**OGGETTO: PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNO DI CURA, APPROVATO CON D.G.R. N. 325 DEL  
30/06/2020 – A VALERE SULLE RISORSE DEL FNA 2020 - RICHIESTA ASSEGNO DI CURA .**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_,

in qualità di

*(barrare la voce che interessa)*

- beneficiario/a dell'assegno di cura per le pregresse annualità
- richiedente per la prima volta l'assegno di cura
- familiare o tutore giuridico o amministratore di sostegno del/la beneficiario/a

in relazione al "Programma Regionale di Assegni di Cura", approvato dalla Regione Campania con D.G.R.C. n. 325 del 30/06/2020,

#### **CHIEDE**

l'erogazione dell'assegno di cura a valere sulle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza in favore di \_\_\_\_\_ (nome e cognome).

A tale 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 o 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: è affetto da \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, come da certificazione medica in suo possesso;
- che è assistito/a nelle funzioni della vita quotidiana da uno o più familiari conviventi.

É consapevole, inoltre:

- 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 di Montesarchio che, all'uopo, si avvarrà degli strumenti di valutazione previsti dal D.M. 26/09/2016;
- che gli assegni di cura sostituiscono le ore di prestazioni di assistenza tutelare garantite dall'Operatore Socio Sanitario di competenza dell'Ambito B3.

**Dichiara, inoltre:**

- di aver letto il Programma Regionale assegni di cura e di accettarne integralmente i contenuti nonché le modalità attuative;
- che il Comune di Montesarchio, in qualità di capofila dell'Ambito B3, provvederà al pagamento dell'assegno, qualora riconosciuto, solo a seguito del trasferimento delle risorse da parte della Regione Campania.

Allega la documentazione di seguito elencata:

- 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;
- 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;
- richiesta del Medico di Medicina Generale riportante la seguente dicitura: *“Si richiede valutazione UVI per assegno di cura”*;
- ISEE sociosanitario in corso di validità;
- copia dell'atto di designazione dell'amministratore di sostegno o tutela giuridica (se previsto);
- certificazione attestante la disabilità gravissima con riconoscimento indennità di accompagnamento;
- Informativa privacy.

Luogo e data

---

FIRMA

---