



AMBITO TERRITORIALE N 25

(Provincia di Napoli)

COMUNE DI POMIGLIANO D'ARCO E COMUNE DI SANT'ANASTASIA – UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE N 25
CORSO V. EMANIELE – VICO RICCI - PIAZZETTA SAN GIOVANNI BOSCO– 80038 POMIGLIANO D'ARCO - TEL-FAX 0818033153 –
email: antonio.cleopatra@comune.pomiglianodarco.gov.it. – PEC affarisociali.pomigliano@asmepec.it

A) MODULO PER LA RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Pomigliano d'Arco
Presso Ufficio Protocollo Generale del Comune di Pomigliano d'Arco
Piazza Municipio, 1 -80038 Pomigliano d'Arco (Na).
(Per i cittadini residenti nel Comune di Pomigliano d'Arco)

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Sant'Anastasia
Piazza Siano, n. 2 – 80048 Sant'Anastasia (Na)
(Per i cittadini residenti nel Comune di Sant'Anastasia)

Il/La Sig./ra (Nome e Cognome) _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ alla via _____

Domiciliato/a a _____

C.F. _____

Carta d'identità in corso di validità n. _____ rilasciata dal Comune

di _____ il _____

Tel./cell. _____

CHIEDE

- In nome proprio
- Su delega del familiare/parente interessato
- In qualità di tutore giuridico della persona interessata
(barrare la voce che interessa)

Il riconoscimento di un “assegno di cura” a valere sul FNA 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29/09/2014 in attuazione del Decreto Interministeriale del 20/03/2013 per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone non autosufficienti per il sostegno all'assistenza domiciliare per disabilità gravissime a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

A favore di:

(Nome e Cognome): _____



AMBITO TERRITORIALE N 25

(Provincia di Napoli)

COMUNE DI POMIGLIANO D'ARCO E COMUNE DI SANT'ANASTASIA – UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE N 25
CORSO V. EMANIELE – VICO RICCI - PIAZZETTA SAN GIOVANNI BOSCO– 80038 POMIGLIANO D'ARCO - TEL-FAX 0818033153 –
email: antonio.cleopatra@comune.pomiglianodarco.gov.it. – PEC affarisociali.pomigliano@asmepec.it

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ alla via _____

Domiciliato/a a _____

C.F. _____

Carta d'identità in corso di validità n. _____ rilasciata dal Comune

di _____ il _____

Tel./cell. _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che i dati forniti e le informazioni relative alla persona non autosufficiente interessata all'assegno di cura sono i seguenti:

- a) È affetto dalla seguente patologia _____
- b) Il medico (MMG o PLS) è il dr. _____
Indirizzo _____ tel. Ufficio _____ cell. _____
- c) Riceve dalla ASL le seguenti cure/prestazioni sanitarie o socio sanitarie:

- d) Riceve dai Servizi Sociali del Comune di Pomigliano d'Arco le seguenti prestazioni sociali o socio sanitarie:

- e) Riceve dai Servizi Sociali del Comune di Sant'Anastasia le seguenti prestazioni sociali o socio sanitarie:

- f) È assistito nelle funzioni di vita quotidiana in modo:
 - Diretto da parte di uno o più familiari conviventi;
 - Indiretto da parte di un assistente familiare/badante**(barrare la voce che interessa)**
- g) È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura esclude ogni altra prestazione a carattere sociale che sia stata assegnata da uno dei Comuni dell'Ambito territoriale N 25 o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) da uno dei Comuni dell'Ambito territoriale N 25 congiuntamente con il distretto sanitario n. 51 della ASL Napoli 3 Sud;
- h) Si impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla Unità di Valutazione Integrata dell'Ambito territoriale N 25;



AMBITO TERRITORIALE N 25

(Provincia di Napoli)

COMUNE DI POMIGLIANO D'ARCO E COMUNE DI SANT'ANASTASIA – UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE N 25
CORSO V. EMANIELE – VICO RICCI - PIAZZETTA SAN GIOVANNI BOSCO– 80038 POMIGLIANO D'ARCO - TEL-FAX 0818033153 –
email: antonio.cleopatra@comune.pomiglianodarco.gov.it. – PEC affarisociali.pomigliano@asmepec.it

- i) Il familiare/parente di riferimento che può essere contattato dagli Uffici dei Comuni dell'Ambito territoriale N 25 o dagli Uffici del Distretto Sanitario n. 51 della ASL Napoli 3 Sud è di seguito indicato: sig. o sig.ra _____ residente in _____
Via _____ Tel. _____ cell. _____ email _____
_____.

Allega alla presente:

- ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente/destinatario
- ✓ Atto di delega alla presentazione della domanda (in caso di delega)
- ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente per delega e/o tutore giuridico
- ✓ Richiesta di valutazione U.V.I. redatta dal MMG o PLS
- ✓ Scheda SVAMA e/o SVAMDI sanitaria compilata dal MMG o PLS con la indicazione della dicitura “gravissimo” e della classe di priorità tra quelle indicate nell’Avviso
- ✓ Certificazioni mediche attestanti la non autosufficienza
- ✓ Certificazione specialistica (comprensiva di Clinical Dementia Rating Scale –CDRs)
- ✓ Certificazione ISEE del nucleo familiare del beneficiario.

Luogo e data _____

Firma

Il/la sottoscritta esprimo consenso al trattamento dei miei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al DLgs n. 196/2003.

Luogo e data _____

Firma
