



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

**ALL'AMBITO TERRITORIALE N18
SEDE**

**RICHIESTA AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA EX DGR
121/23 – FNA 2024**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ alla via _____ n° _____
Cellulare _____ Telefono _____
E-mail / PEC _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del D.Lgs. 445/2000 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., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

- in nome proprio
 familiare
 tutore/amministratore di sostegno/curatore

CHIEDE

- L'ammissione al Programma Regionale di Assegni di cura ex DGR 70/2024 (nuovo richiedente);**
 La prosecuzione al Programma Regionale di Assegni di cura (già beneficiario) ex DGR 70/2024 – FNA 2024

A favore di:

_____ nato/a a _____ il _____ residente a
_____ alla via _____ n° _____ cellulare _____
telefono _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N 18

per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona

COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

di essere in possesso dei requisiti di cui all'Avviso Pubblico

Alla presente allega:

- Copia documento di riconoscimento del potenziale beneficiario;
- Copia documento di riconoscimento del caregiver;
- Eventuale nomina tutore e/o amministratore di sostegno;
- Copia certificazione indennità di accompagnamento del potenziale beneficiario;
- Copia certificazione Legge n. 104/1992;
- 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)

N.B. Nel caso di richiesta di prosecuzione al Programma Regionale di Assegni di cura (già beneficiario gravissimo FNA 2023) ex DGR 70/2024 – FNA 2024 devono essere allegati alla presente istanza solo i documenti di riconoscimento e l'ISEE socio sanitario 2025 in corso di validità.

Il sottoscritto è **consapevole** che la mancanza ovvero la non validità dell'attestazione ISEE socio sanitario è causa di esclusione dal progetto;

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).

Il sottoscritto è **consapevole** che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), l'Ambito Territoriale N 18, procederà all'effettiva liquidazione in favore degli utenti utilmente beneficiari solo a seguito del trasferimento delle risorse da parte della Regione Campania e in base all'effettiva disponibilità delle stesse.

Il sottoscritto è **consapevole** che trattandosi di una misura alimentata da un fondo dedicato (FNA), l'Ambito Territoriale N 18, L'Ambito provvederà a riparametrare l'importo massimo erogabile (già fissato dalla D.G.R. N. 70/2024 in due importi mensili massimi di € 1.200 per i gravissimi e € 600 per i gravi) in un importo ridotto, parametrato alle istanze ammissibili e finanziabili tenuto conto delle relative maggiorazioni e minorazioni degli importi previsti nella DGR n. 70/2024, garantendo un importo minimo pari a quanto prescritto nel PIANO per la NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024 approvato con DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 3 ottobre 2022 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024”;

Il sottoscritto è **consapevole** che con l'ammissione al Programma Regionale di Assegno di Cura si



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N 18

per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona

COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

sostituiscono le ore di prestazioni di assistenza tutelare garantite dall'Operatore Socio Sanitario di competenza dell'Ambito N.18 – così come previsto dalla DGR n.70/2024;

Il sottoscritto è consapevole che la presente domanda (in caso di prima istanza) non dà diritto all'Assegno di Cura giacchè l'ammissione è subordinata all'esito delle valutazioni effettuate dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI) e che potranno essere liquidate (quando materialmente corrisposte dalla Regione Campania all'Ambito), con valore retroattivo dalla data di redazione del P.A.I. da parte dell'U.V.I. (all. B punto 10 DGR 70/2024)

Il sottoscritto è consapevole che a seguito dell'approvazione di apposita graduatoria qualora fosse risultato beneficiario sarà convocato presso i locali dell'Ambito; ovvero se impossibilitato a recarsi presso i locali dell'Ambito sarà raggiunto presso il domicilio 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 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.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA, NEL CASO DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA A:

- documentare le spese per l'assistenza prevista nel PAI, attraverso documentazione giustificativa;
- documentare almeno semestralmente le spese sostenute ed eleggibili di cui all'Avviso Pubblico, fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa;

Il sottoscritto è consapevole che saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito e che l'Ambito N18 avvierà azioni di recupero delle cifre erogate in caso di mancata, irregolare ovvero carente documentazione delle spese sostenute ed eleggibili.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016 e del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, anche con strumenti informatici, limitatamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____