

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

All'Ambito A4 – Comune capofila Avellino
Ufficio di Piano
Piazza del Popolo, 1
83100 Avellino

Oggetto: richiesta di erogazione assegno di cura – D.D.G.R.C. n. 884 del 29.09.2014

Il sig. /La sig.ra (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

Via _____ tel _____

Documento di identità n. _____ rilasciato dal comune di _____

CHIEDE

- Per se
- In qualità di:
 - genitore del minore
 - tutore giuridico della persona interessata
 - Curatore
 - amministratore di sostegno
 - altro familiare delegato formalmente

L'Attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul FNA 2013 ai sensi del Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29/09/2014;

A favore di:

Nome e cognome _____

Nato a _____ il _____ residente in _____

Via _____ tel _____

Documento di identità n. _____

Codice Fiscale _____

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 dati 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 affetta da _____

nome e cognome del Medico – MMG o PLS) _____

indirizzo _____ tel _____ e-mail _____

Distretto Sanitario _____ ASL di _____

Riceve dall'ASL le seguenti cure/prestazioni sanitarie o sociosanitarie _____

Riceve dall'Ambito A4 le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unita di Valutazione Integrata

Dichiara di essere consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere sociale .

Si impegna a firmare la scheda di valutazione inclusa del progetto personalizzato formulato dall'UVI .

Il familiare/parente di riferimento contattabile è

Nome e cognome _____

N. tel _____

Informa della modalità di pagamento ai fini dell'eventuale erogazione dell'assegno di cura, in ogni caso subordinatamente all'effettivo accesso al beneficio economico secondo i criteri di cui al presente disciplinare e in base alle disponibilità finanziarie:

Conto corrente postale o bancario

IBAN _____

INTESTATO A _____

Dichiara di aver preso sufficiente visione dell'avviso pubblico in materia e dell'allegato disciplinare, accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dell'assegno di cura, nonché all'utilizzo dello stesso.

Allega alla presente:

- documentazione attestante la diagnosi dichiarata, rilasciata da una struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del Servizio Sanitario della Regione Campania o di altra Regione italiana o con essi convenzionata¹;
- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto richiedente
- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto potenzialmente beneficiario (se differente dal richiedente)
- delega del potenziale beneficiario
- altro:

Li _____

IN FEDE

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e autorizza l'Ambito Territoriale A04 al trattamento ed elaborazione dei dati forniti per finalità della domanda.

Li _____

IN FEDE

¹ *Ai sensi dell'avviso e del disciplinare in materia, non è sufficiente l'attestazione di patologia rilasciata da un Medico di Medicina Generale (MMG) o da un Pediatra di Libera Scelta (PLS).*
