

EROGAZIONE DI ASSEGNI DI CURA II^ ANNUALITA' DEL PSR

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Ambito Territoriale C2

Il sig. (nome e cognome) _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

Domiciliato _____

Numero di Telefono _____

Documento d'Identità _____

CHIEDE

per se Su delega del familiare / parente interessato

In qualità di tutore giuridico della persona interessata

L'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2013 ,ai sensi del Decreto Ministeriale del 20.03.2013 per il sostegno all'assistenza domiciliare per le persone con disabilità gravissime che necessitano di assistenza continua e vigile 24 ore su 24.

A favore di:

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

indirizzo _____ tel: _____

Codice Fiscale _____

Ed a tal 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 od 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:

E' affetto/a da _____

Nome e cognome del medico (MMG o PLS) _____

Indirizzo _____ tel: _____

EROGAZIONE DI ASSEgni DI CURA II^ ANNUALITA' DEL PSR

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Distretto Sanitario _____ ASL _____ Centro di riferimento SLA _____

Riceve dalla ASL le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie:

Riceve dai Servizi Sociali del Comune di _____ Ambito Territoriale _____

le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

- E' assistito nelle funzioni di vita quotidiana da uno o più familiari conviventi
- Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata presso il proprio domicilio.
- E' consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere "sociale" che sia stata assegnata dal Comune o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario.
- S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla U.V.I..
- E' a conoscenza che l'assegno di cura verrà assicurato, in via prioritaria, ai fini della continuità assistenziale alle persone affette da SLA, come da Direttive Regionali.

Il familiare/ parente di riferimento contattabile è :

(nome e cognome) _____

n. tel: _____ e-mail _____

Ai fini dell'espletamento della pratica, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/2003 SI. NO

Allega alla presente : atto di delega alla presentazione della domanda

Eventuale certificazione _____

Data _____

Firma del richiedente _____

Timbro e firma dell'operatore che riceve la domanda _____