

AZIENDA CONSORTILE DEI SERVIZI SOCIALI A.C.C.C. Ambito N19  
Ufficio Di Piano Via Don Luigi Sturzo N° 12 - 80021 Afragola (Na)  
REGIONE CAMPANIA  
C.F. 09561061210  
PEC: [aziendaconsortileaccc@pec.it](mailto:aziendaconsortileaccc@pec.it)  
Email: [aziendaconsortileaccc@gmail.com](mailto:aziendaconsortileaccc@gmail.com)

## MODULO RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono  
n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- ⑤ Per sé
- ⑤ su delega del familiare/parente interessato
- ⑤ In qualità di tutore giuridico della persona interessata

### L'attribuzione dell'assegno di cura a valere sul Fondo per la Non Autosufficienza D.G.R.C N.325/2020 – "disabili gravissimi"

A favore di:

nome \_\_\_\_\_ e  
cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

L'attribuzione di un assegno di cura ai sensi del Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 884/2014, a supporto del carico di cura sostenuto dalla famiglia per la permanenza a domicilio.

A tal fine, il/la sottoscritto/a ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate.

### DICHIARA

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata all'assegno di cura sono i seguenti.

- Di essere affetto dalla seguente patologia:
- ⑤ gravi demenze
- ⑤ gravissima disabilità psichiche multi patologiche;
- ⑤ gravi cerebro lesioni;
- ⑤ stati vegetativi;

altro:

nome e cognome del medico (MMG o PLS) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Distretto sanitario \_\_\_\_\_

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

---

---

Riceve dai Servizi Sociali del comune di \_\_\_\_\_ Azienda Consortile N19 le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

---

---

E' assistito nelle funzioni di vita quotidiana da uno o più familiari.

Si rende disponibile ad essere sottoposto, se necessario, a valutazione da parte dell'U.V.I. 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 dall'Ambito o definita in sede di U.V.I. congiuntamente con il Distretto Sanitario.

S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dall'U.V.I. Il familiare/parente di riferimento contattabile è:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

Certificazione di inserimento in progetto/P.A.I. di Cure Domiciliari;

Fotocopia del Documento di Identità e del Codice Fiscale ( del richiedente e del beneficiario);

Certificato del medico di famiglia che attesti tutte le patologie;

Altra certificazione medica ( se in possesso);

- Fotocopia del Decreto di Invalidità;

- Fotocopia del Decreto Legge 104;

- Atto di delega alla presentazione della domanda o atto del Tribunale di conferimento incarico di Tutela, Curatela o Amministratore di Sostegno;

- ISEE in corso di validità.

N.B.

Accedono agli assegni di cura del presente Programma le persone non autosufficienti in condizione di “disabilità gravissima” o di “disabilità grave” residenti nell’Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di “Cure Domiciliari” . Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi semiresidenziali e residenziali sia sociosanitari che socio-assistenziali.

Lì, \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

Dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs.n. 196 del 2003 concernente la “tutela della persona rispetto al trattamento dei dati personali”, ad autorizzare l’istituzione per i Servizi Sociali a trattare, nei limiti previsti dalla legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili;

lì, \_\_\_\_\_

In Fede

Timbro e firma dell’operatore che riceve la domanda \_\_\_\_\_