DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"
MONTALTO UFFUGO –BISIGNANO–CERZETO-LATTARICO-LUZZI-ROTA GRECA- SAN BENEDETTO ULLANO – SAN MARTINO DI FINITA-TORANO CASTELLO
Capofila MONTALTO UFFUGO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI MONTALTO UFFUGO

Comune capofila di Montalto Uffugo – Ufficio di Piano

ALLEGATO 4 – MODELLO DI DOMANDA

DOMANDA DI CONFERMA DEL CONTRIBUTO – SOGGETTI GIÀ BENEFICIARI / IN GRADUATORIA

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2022 – Area disabilità gravissima

Possono accedere al beneficio i cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, da stato di demenza molto grave (tra cui il morbo di Alzheimer) o in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali o dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Il presente modello è riservato alle persone con disabilità gravissima già beneficiarie dell'Assegno di cura ovvero collocate in graduatoria a valere sul precedente Fondo gestito dall'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento, per le quali non siano intervenute variazioni in termini di aggravamento o miglioramento della patologia o dei requisiti socio-familiari e ambientali. In tali casi il richiedente può essere esonerato da una nuova valutazione da parte della Commissione con funzioni di U.V.M.

ANAGRAFICA DEL DICHIARANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel./Cell. _____

E-mail / PEC _____

In qualità di (barrare): ☐ sé stesso ☐ familiare / genitore o esercente la responsabilità genitoriale ☐ caregiver ☐ tutore / curatore / amministratore di sostegno o altro rappresentante legale

ANAGRAFICA DELL'ASSISTITO (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel./Cell. _____



DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE N. 3 "MEDIA VALLE DEL CRATI"
MONTALTO UFFUGO –BISIGNANO–CERZETO-LATTARICO-LUZZI-ROTA GRECA- SAN BENEDETTO ULLANO – SAN MARTINO DI FINITA-TORANO CASTELLO
Capofila MONTALTO UFFUGO

CHIEDE

la conferma dell'Assegno di cura a favore del beneficiario sopra indicato, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, dichiarando di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato, a tempo indeterminato, presso struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con la perdita dei requisiti di ammissibilità e con il decesso del beneficiario, nel qual caso l'Assegno di cura è riconosciuto fino alla data del decesso; il trasferimento di residenza in corso d'anno non interrompe l'erogazione, che è comunque riconosciuta per l'intera annualità;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni, ai fini della sospensione temporanea del beneficio, ovvero in caso di decesso del beneficiario;
- che l'Assegno di cura, in coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022–2024, ha carattere aggiuntivo e complementare e non sostitutivo rispetto all'assistenza sanitaria, e di non essere beneficiario di altri contributi monetari aventi la medesima finalità assistenziale a valere su fondi diversi;
- di acconsentire alle verifiche che l'ATS intenda eventualmente programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune (a titolo esemplificativo: dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio).

Dichiarazione di invarianza. Il/la sottoscritto/a dichiara che non sono intervenute variazioni delle condizioni socio-sanitarie del beneficiario rispetto a quanto già dichiarato e attestato all'ASP. In caso contrario, si impegna a comunicarle tempestivamente, con opportuna certificazione, entro i termini di presentazione della domanda fissati dall'Avviso, allegando nuova certificazione clinica.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dell'esistenza in vita del beneficiario;
- ☐ Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000,00, accresciuti a euro 65.000,00 in caso di beneficiario minorenne;
- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, attestante la sussistenza dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, nonché dello status di handicap in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, in corso di validità;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minore, di entrambi i genitori);

☐ Autocertificazione dello stato di caregiver (Allegato 6), ove ricorra l'erogazione a titolo di sostegno al caregiver familiare;

☐ Copia dell'eventuale decreto di nomina di tutore, curatore o amministratore di sostegno.

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI

Sig./Sig.ra _____ Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Tel./Cell. _____ E-mail _____

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Qualora l'istanza venga accolta, si chiede di erogare il contributo a favore di:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

mediante accredito su (barrare): ☐ Conto Corrente Bancario ☐ Conto Corrente Postale ☐ Postepay Evolution

Intestato a _____

N.B. Non sono ammessi libretti postali e/o bancari.
Codice IBAN (27 caratteri) _____

c/o Banca / Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (Reg. UE 2016/679)

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati — anche con strumenti informatici — al solo fine di consentire l'attività di valutazione e gestione del beneficio. I dati sono comunicati esclusivamente all'interessato o agli altri soggetti legittimati, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, e non sono diffusi. Titolare del trattamento è il Comune capofila dell'ATS; l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15–22 del Regolamento rivolgendosi al Titolare e al Responsabile della Protezione dei Dati.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle modalità e delle finalità del trattamento, presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche di categorie particolari, per le finalità degli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima a valere sul FNA 2022.

Luogo e data _____ Firma del richiedente

_____