

Al Servizio Sociale

del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: NUOVO PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNO DI CURA - D.D. N. 223 DEL 1/07/2019  
- RICHIESTA ASSEGNO DI CURA.**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

in qualità di

*(barrare la voce che interessa)*

- beneficiario/a dell'assegno di cura per le pregresse annualità
- richiedente per la prima volta l'assegno di cura
- familiare o tutore giuridico o amministratore di sostegno del/la beneficiario/a

avendo preso visione dell'informativa riportata sul sito web dell'Ambito B3 relativa al nuovo "Programma Regionale di Assegni di Cura", approvato dalla Regione Campania con D.D. n. 223 del 1/07/2019,

**CHIEDE**

l'erogazione dell'assegno di cura a valere sulle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza in favore di \_\_\_\_\_ (nome e cognome).

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 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: è affetto da \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, come da certificazione medica in suo possesso;
- che è assistito/a nelle funzioni della vita quotidiana da uno o più familiari conviventi.

É consapevole, inoltre:

- che la presentazione della domanda non dà diritto all'assegno di cura **giacché l'ammissione al beneficio è subordinata all'esito delle valutazioni che saranno effettuate dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI)** del Distretto Sanitario di Montesarchio che, all'uopo, si avvarrà degli strumenti di valutazione previsti dal D.M. 26/09/2016;
- che gli assegni di cura sostituiscono le ore di prestazioni di assistenza tutelare garantite dall'Operatore Socio Sanitario di competenza dell'Ambito B3.

**Dichiara, inoltre:**

- di aver letto il nuovo Programma Regionale assegni di cura e di accettarne integralmente i contenuti nonché le modalità attuative;
- che il Comune di Montesarchio, in qualità di capofila dell'Ambito B3, provvederà al pagamento dell'assegno solo a seguito del trasferimento delle risorse da parte della Regione Campania.

Allega la documentazione di seguito elencata:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (e del familiare/tutore, qualora la domanda sia a firma di quest'ultimo);
- fotocopia codice fiscale del richiedente (e del familiare/tutore, qualora la domanda sia a firma di quest'ultimo);
- richiesta del Medico di Medicina Generale (o Pediatra di Libera Scelta, se trattasi di minore) riportante la seguente dicitura: *"Si richiede valutazione U.V.I. per assegno di cura"*;
- ISEE sociosanitario;
- copia dell'atto di designazione dell'amministratore di sostegno o tutela giuridica (se previsto);
- Informativa privacy.

Luogo e data

---

FIRMA

---