Piano Sociale di Zona Distretto S9

- Comune Capofila Sapri -
Via Villa Comunale, 1 – 84073 Sapri (SA)
Telefono 0973.605542 – Fax 0973.605541
www.pianosociales9.it * e-mail: ufficiodipiano@pianosociales9.it

PROGRAMMA DI ASSEGNI DI CURA
FINANZIATO CON IL F.N.A. 2013
AL FINE DI FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E SOSTENERE LE LORO FAMIGLIE NEL CARICO DI CURA.

MODULO PER RICHIESTA

All'Ufficio di Piano
Ambito S9
Via Villa comunale, n. 1
SAPRI (SA)

Il sig. (nome e cognome) _____
nato a _____ il _____ residente a _____
Via _____ tel. _____
email pec _____
documento Identità n. _____ rilasciato dal Comune di_____
C.F. _____

CHIEDE

❑ per sé ❑ su delega del familiare ❑ 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 Dirigenziale della Regione Campania n. 884 del 29/09/2014 a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali, a favore di:

nome e cognome_____
nato a _____ il _____ residente a _____
Via _____ tel. _____
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 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 _____

_____

Piano Sociale di Zona Distretto S9

- Comune Capofila Sapri -
Via Villa Comunale, 1 – 84073 Sapri (SA)
Telefono 0973.605542 – Fax 0973.605541
www.pianosociales9.it * e-mail: ufficiodipiano@pianosociales9.it

_____ ,
certificata dal medico (MMG o PLS) - nome e cognome _____
indirizzo _____ tel. _____
Distretto Sanitario _____ ASL _____ ;

- riceve dalla ASL le seguenti cure / prestazioni sanitarie o sociosanitarie: _____
_____
_____
_____ ;
- riceve dai servizi Sociali dell'Ambito S9 le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie: _____
_____
_____ ;
- è assistito nelle funzioni della vita quotidiana da uno o più familiari conviventi.

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva da ogni altra prestazione a carattere "sociale" che sia stata assegnata dall'Ambito S9 o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario n. 71 Sapri.

Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'unità di Valutazione Integrata presso il proprio domicilio e si impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla U.V.I.

Il familiare/parente di riferimento contattabile è:
(nome e cognome)_____

domiciliato in _____

Tel. _____ e mail _____

Ai fini dell'espletamento della pratica, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003.
Allega alla presente domanda tutte le certificazioni necessarie per la valutazione del caso e copia del documento di identità sia del richiedente sia dell'utente beneficiario.

Firma del Richiedente

_____

Data_____