



**AMBITO TERRITORIALE N 18**  
*per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona*  
**COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE**

Modello A

All'Ambito N18  
Capofila Comune di Casoria  
Comuni di Arzano e Casavatore

**OGGETTO: Programma Regionale Assegni di cura FNA 2022/2024, approvato con DGR N. 121 del 14/03/2023**

**RICHIESTA ASSEGNO DI CURA**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Domiciliato \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Numero di Telefono \_\_\_\_\_ Documentod'Identità \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per se medesimo                       su delega del familiare/parente interessato  
 in qualità di tutore giuridico/amministratore di sostegno della persona interessata

**l'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A., di cui al Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 121 del 14/03/2023 , in sostituzione delle ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'OSS di competenza dell'Ambito Territoriale, a favore di:**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

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

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

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

con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo di parentela \_\_\_\_\_ (figlio/a, padre, madre, fratello, sorella, altro)



**AMBITO TERRITORIALE N 18**  
***per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona***  
**COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE**

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**

1. di essere in possesso della certificazione ex L. 104/92, art. 3, comma 3, e di essere titolare di indennità di accompagnamento;
2. che il disabile è assistito, nelle funzioni di vita quotidiana, dal/dalla Sig./Sig.ra
3. (nome e cognome) \_\_\_\_\_
4. tel: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;
5. **che la suddetta persona (caregiver) assume la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate in U.V.I., in sostituzione dell'OSS, affinché siano erogate nei modi e nei tempi prescritti;**
6. di essere consapevole che l'accettazione dell'assegno di cura risulta sostitutiva delle ore di prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico, garantite dall'OSS, di competenza dell'Ambito N.18 e costituisce la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati (PAI) di Cure Domiciliari Integrate (ADI);
7. di essere consapevole che l'assegno di cura non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dall'Ambito N.18 per i non autosufficienti né con altri programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni e pertanto con i programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente;;
8. di essere consapevole che l'assegno di cura viene erogato, mediante bonifico bancario, su Conto Corrente bancario o postale intestato alla persona beneficiaria, a partire dalla data della valutazione U.V.I., in base alle disponibilità finanziarie dell'Ambito Territoriale N.18;
9. di essere consapevole che, al termine del periodo di erogazione viene sostituito con le ore di prestazioni di assistenza domiciliare erogate dagli Operatori Socio Sanitari, per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale, per garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari;
10. di essere consapevole che, in caso di rinuncia alle prestazioni domiciliari erogate dall'O.S.S., a vantaggio degli assegni di cura, perde il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale e potrà ricevere l'assegno di cura per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili da parte dell'Ambito Territoriale;
11. di essere consapevole che, qualora l'utente necessiti di un periodo di ricovero l'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni, oltre tale termine, sarà disposta la sospensione dell'assegno, che potrà essere riattivato solo al rientro a domicilio;
12. di essere consapevole che, in caso di decesso, sarà disposta l'interruzione dell'assegno a partire dal mese successivo al decesso ed i familiari del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno;



**AMBITO TERRITORIALE N 18**  
*per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona*  
**COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE**

13. di impegnarsi all'atto della presentazione dell'istanza a documentare le spese per l'assistenza prevista nel PAI, attraverso documentazione giustificativa con cadenza semestrale relativa alle spese sostenute ed eleggibili. Saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito, così come riportate dal Programma Regionale degli Assegni di cura dell'Allegato B della DGR n. 121 del 14/03/2023.

14. di impegnarsi a fornire documenti necessari a dare prova della spesa ammissibile che sostengono, fino alla concorrenza di almeno il 70% dell'importo dell'Assegno o Voucher: Contratti di lavoro; incarichi professionali anche temporanei; voucher INPS per l'acquisto di servizi di cura; ricevute di pagamento; bonifici bancari; fatture e/o scontrini parlanti; bollettini con attestazioni di pagamento;

15. che le Coordinate Bancarie/Postali su cui versare l'assegno sono le seguenti:

Conto Corrente Bancario Beneficiario/tutore/Amministratore di Sostegno di: \_\_\_\_\_

intestato a: \_\_\_\_\_

IBAN

4 caratteri	4 caratteri	4 caratteri	4 caratteri	4 caratteri	4 caratteri	3 caratteri

**DICHIARA ALTRESI'**

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

E' affetto/a da \_\_\_\_\_, come da certificazione medica in suo possesso;

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

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

Distretto Sanitario \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI);

E' consapevole che l'ammissione dei richiedenti al programma di assegni di cura si esplicita secondo le condizioni e le priorità disposte con la D.G.R. n. 121/2023, fino ad esaurimento delle risorse disponibili;



**AMBITO TERRITORIALE N 18**  
*per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona*  
**COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE**

---

- Dichiaro di essere/di non essere già in carico alle Cure domiciliari;
- 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, che, all'uopo, si avvarrà degli strumenti di valutazione previsti dal D.M. 26/09/2016;

Si allega alla presente:

- **copia del documento di riconoscimento e del Codice Fiscale del richiedente e della persona per cui si chiede l'assegno di cura;**
- **fotocopia IBAN del Conto Corrente Bancario o Postale (NO LIBRETTO POSTALE);**
- **Eventuali atti di delega (copia dell'atto di designazione dell'amministratore di sostegno o tutela giuridica);**
- **Verbale Inps Legge 104/92 art.3 comma 3 e indennità d'accompagnamento**
- **Certificato ISEE sociosanitario, in corso di validità.**

Casoria, \_\_\_\_\_

Nome e Cognome leggibile per esteso richiedente

\_\_\_\_\_

Firma richiedente per presa visione

\_\_\_\_\_



**AMBITO TERRITORIALE N 18**  
*per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona*  
**COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE**

---

**CONSENSO INFORMATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare) \_\_\_\_\_

Autorizza il trattamento dei dati personali ivi indicati nella presente istanza ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

- SI
- NO

Luogo e data della richiesta

Nome e Cognome leggibile per esteso richiedente

\_\_\_\_\_

Firma richiedente per presa visione

\_\_\_\_\_