

"Allegato B"

(per utenti richiedenti per la prima volta l'assegno di cura)

**UFFICIO PROTOCOLLO
COMUNE DI MONTESARCHIO
VIA SAN FRANCESCO N. 1
82016 MONTESARCHIO (BN)**

**FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2017
RICHIESTA ASSEGNO DI CURA**

Il/la Sig./Sig.ra (nome e cognome) _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () via _____ n. _____ CAP _____

C.F. _____ Numero di telefono _____

avendo preso visione dei contenuti dell'informativa riportata sul sito web dell'Ambito B3

CHIEDE

(barrare la voce che interessa)

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

l'attribuzione dell'assegno di cura

in favore di:

Nome e Cognome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ () via _____ n. _____ CAP _____

C.F. _____

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 _____

certificata da nome e cognome del Medico (MMG o PLS) _____ ;

- che è inserito/a in un progetto di *"Cure domiciliari"* a far data dal _____, come risulta dal verbale della seduta della Commissione Unità di Valutazione Integrata del _____;

- che è assistito/a nelle funzioni della vita quotidiana da uno o più familiari conviventi e che si trova in una condizione di dipendenza vitale, come certificato da verbale della Commissione UVI che si allega.

É consapevole, inoltre:

- che gli assegni di cura sostituiscono le ore di prestazioni di assistenza tutelare garantite dall'Operatore Socio Sanitario di competenza dell'Ambito;
- che il Comune di Montesarchio 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 beneficiario (e del familiare/tutore, qualora la domanda sia a firma di quest'ultimo);
- fotocopia codice fiscale del/la beneficiario/a (e del familiare/tutore, qualora la domanda sia a firma di quest'ultimo);
- copia dell'atto di designazione dell'amministratore di sostegno o tutela giuridica (se previsto);
- verbale Commissione UVI dal quale risulta la condizione di dipendenza vitale;
- Informativa privacy.

Luogo e data

FIRMA
