

**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DEGLI ASSEGNI DI CURA
A VALERE SUL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2014, 2016 e 2017
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

L'Ambito Territoriale N34 indice un bando pubblico per l'erogazione degli assegni di cura a valere sul Fondo per la Non Autosufficienza annualità 2014, 2016 e 2017 a favore di persone non autosufficienti

Art. 1 – Beneficiari e requisiti

Sono beneficiari dell'assegno tutte le persone non autosufficienti, residenti nei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale N34, senza distinzioni di patologie e prioritariamente le persone con disabilità gravissime o affette da malattie del motoneurone che necessitano di una assistenza continuativa e vigile 24 ore su 24, come definite dal Decreto Ministeriale di riparto del 20 marzo 2013.

Art. 2 – Modalità di erogazione del contributo

L'assegno è erogato mediante bonifico bancario intestato alla persona malata o ad un suo tutore giuridico con cadenza bimestrale o in un'unica soluzione. L'erogazione decorre dalla data di definizione, da parte dell'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), del progetto personalizzato.

Art. 3 - Modalità di presentazione delle richieste

Le richieste per l'accesso al beneficio devono essere consegnate a mano, all'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza utilizzando la modulistica appositamente predisposta e allegata al presente Avviso, disponibile sui siti www.cittadicapri.it e www.comunedianacapri.it o presso il suddetto Ufficio, corredata dalla richiesta di valutazione U.V.I. redatta dal MMG o PLS della persona da assistere, nonché dalla scheda SVAMA e/o SVAMDI sanitaria e dalla certificazione ISEE in corso di validità.

Art. 4 – Criteri prioritari di accesso e formulazione graduatoria

Fermo restando la valutazione in sede di U.V.I. mediante le schede SVAMA e SVAMDI, il Responsabile del Piano Sociale di Zona N34 procederà all'approvazione della graduatoria degli aventi diritto agli assegni di cura sulla base del punteggio assegnato in sede di U.V.I. In caso di decesso o rinuncia da parte del beneficiario, subentrerà l'utente utilmente collocato in graduatoria e beneficerà del contributo per i mesi residui.

Art. 5 - Tutela della privacy

I dati di cui l'Ambito Territoriale N34 entrerà in possesso a seguito del presente Avviso saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 e comunque utilizzati esclusivamente per le finalità legate alla gestione dell'Avviso medesimo.

Art. 6 – Informazioni

Le informazioni sul presente Avviso potranno essere richieste negli orari di apertura al pubblico presso l'Ufficio Servizi Sociali territorialmente competente.

Capri, 13 febbraio 2019

IL COORDINATORE DELL'AMBITO TERRITORIALE N34

Sig.ra Vilma Coppola

DOMANDA PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA - FNA2016

Il/La Destinatario/a

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ___ / ___ / ____ Codice fiscale ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____ Recapiti: tel. _____, cell. _____, fax _____, e-mail: _____

Il/La Richiedente

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____ Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ___ / ___ / ____ Codice fiscale ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____ Recapiti: tel. _____, cell. _____, fax _____, e-mail: _____

CHIEDE

il riconoscimento di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2016 in attuazione del Decreto Interministeriale del 20/03/2013 per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone non autosufficienti per il sostegno all'assistenza domiciliare per disabilità gravissime a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

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

- a) è affetto/a dalla seguente patologia: _____;
- b) il medico (MMG o PLS) è: _____, indirizzo _____ tel _____;
- c) riceve dalla ASL le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie: _____;
- d) riceve dai Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona dell'Ambito Territoriale N34 le seguenti prestazioni sociali

o sociosanitarie:_____;

e) è assistito nelle funzioni di vita quotidiana in modo:

- diretto da parte di uno o più familiari conviventi;
 indiretto da parte di un Assistente familiare/badante;

f) si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata presso il proprio domicilio;

g) è consapevole che l'assegno di cura non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dall'Ambito Territoriale N34 per i non autosufficienti nè con voucher per l'assunzione di badanti;

h) s'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla U.V.I.;

i) il familiare/ parente di riferimento da contattare è:_____tel.
_____cellulare_____email_____.

Allega alla presente:

- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente-destinatario;
 atto di delega alla presentazione della domanda (in caso di richiesta per delega);
 copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente per delega;
 richiesta di valutazione U.V.I. redatta dal MMG o PLS;
 scheda SVAMA e/o SVAMDI sanitaria compilata dal MMG o PLS;
 certificazione I.S.E.E. in corso di validità;

Luogo e data: _____, __ / __ / ____ .

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al D. Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data: _____, __ / __ / ____ .

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Richiedente
