MODULO DI RICHIESTA ASSEGNO DI CURA
(ai sensi del DGR n.121/2023 e DGRC n. 70/2024

"Programma Regionale Assegni di cura per disabili gravissimi e gravi 2022/2024")

Al Comune di _____

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a_____ il ____/___/_____residente nel comune di_____ alla Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale_____ Tel._____
Cell. _____
Documento d'Identità n. _____ con scad. il _____

C H I E D E

Nella qualità di
□ diretto interessato
□ caregiver familiare
□ tutore □ curatore □ amministratore di sostegno □ altro _____

L'accesso alle procedure di valutazione per beneficiare dell'Assegno di Cura a favore di:

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a_____ il ____/___/_____residente nel comune di_____ alla Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale_____ Tel._____
Cell. _____
Documento d'Identità n. _____ con scad. il _____
A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 e consapevole delle sanzioni penali e conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

sotto propria responsabilità ex art. 75 e 76 DPR 445 del 2000, che i dati e le informazioni relative alla persona non autosufficiente sono i seguenti:

- □ Affetto dalla seguente patologia: _____;
- □ Il MMG/PLS è: Nome e Cognome_____ tel. _____;

- □ Non usufruisce di servizi residenziali / semiresidenziali di natura sociosanitaria e/o socioassistenziale;
- □ È beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980 e ss.mm.ii;
- □ È persona con disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- □ Che il valore dell'ISSE sociosanitario è pari a _____;

È assistito nelle attività quotidiane in modo:

□ diretto da parte di uno o più familiari conviventi;

(nome e cognome) _____

□ indiretto da parte di un assistente familiare/badante;

(nome e cognome) _____

- □ di aver preso visione e di accettare tutto quanto riportato nelle "Indicazioni operative per la programmazione degli assegni di cura DGR n. 70 del 22/02/2024 dell'Ambito Territoriale N34", redatto in conformità delle Linee Guida Regionali "Assegni di cura per Persone con disabilità – biennio 2022/2024" approvato con DGRC n.121/2023 e DGRC n. 70/2024;
- □ di essere a conoscenza che gli assegni di cura costituiscono una forma di assistenza sociale domiciliare indiretta, assicurata dagli Ambiti Territoriali attraverso erogazioni finanziarie in favore di persone con disabilità assistite a domicilio, *in sostituzione* di prestazioni professionali di assistenza domiciliare per la parte e per le prestazioni di competenza del sistema di welfare sociale. Le "prestazioni sociali" dell'assistenza socio-sanitaria sono assicurate dall'Ambito attraverso prestazioni domiciliari di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico garantite dall'OSS (Operatore Socio-Sanitario).
- □ di essere a conoscenza che gli assegni di cura non sono riconosciuti quali forme di sostegno al reddito o di contributi economici;
- □ di essere consapevole che l'Assegno di cura deve essere finalizzato all'acquisto di prestazioni/servizi/ausili individuati e riportati nel P.A.I. definito in sede U.V.I.;
- □ di essere a conoscenza che l'utilizzo degli Assegni di cura deve essere dimostrato dal beneficiario all'Ambito Territoriale C09 attraverso la presentazione di idonea documentazione amministrativo-contabile che comprovi l'effettivo acquisto delle prestazioni/ servizi/ ausili, così come indicati nel PAI, fino almeno al 70% dell'importo dell'assegno;
- □ di essere a conoscenza che l'importo massimo corrispondibile quale forma di riconoscimento e supporto alle funzioni di cura svolte dal Caregiver familiare, e che non necessita di documentazione a supporto, è pari al 30%;

D I C H I A R A I N O L T R E

- □ di voler usufruire esclusivamente del 30% dell'importo dovuto, non soggetto a rendicontazione;
- □ di essere a conoscenza che, in caso di ammissione alla misura, l'erogazione dell'assegno

di cura avverrà mediante bonifico bancario intestato/cointestato al beneficiario con cadenza di norma bimestrale;

- □ di essere consapevole che l'Ambito provvederà ad effettuare, anche per il tramite del SSP Comunale, appositi controlli e monitoraggi periodici volti a verificare le condizioni dell'assistito, il rispetto dell'attuazione del P.A.I. ed il corretto utilizzo dell'assegno di cura
- □ di essere a conoscenza che in caso si accertate gravi irregolarità o difformità rispetto a quanto programmato in sede U.V.I., l'Ambito Territoriale si riserva di avviare apposito procedimento amministrativo volto a dichiarare la cadenza dal beneficio;
- □ di impegnarsi a comunicare con tempestività, al Servizio Sociale Professionale territorialmente competente eventuali ricoveri dell'assistito se superiore ai 30 giorni, nonché eventuale sopraggiunto decesso;
- □ di essere a conoscenza che la presente richiesta non dà diritto alcuno all'erogazione dell'assegno di cura, che resta subordinata agli esiti della valutazione in sede U.V.I. e alla presenza di risorse d'Ambito C09 effettivamente disponibili.

Si allegano:

- copia documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- copia documento di riconoscimento del diretto interessato in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;
- copia certificazione indennità di accompagnamento del diretto interessato L. 18/1980 e ss. mod;
- copia certificazione L.104/92 art. 3 comma 3 e ss.mm.ii.;
- copia ISEE Socio-Sanitario;

Si impegna altresì a produrre ogni altra utile documentazione sociale e sanitaria atta a completare, se del caso, la valutazione in sede UVI

Luogo e data: _____, ____/___/____

Firma

_____

CONSENSO INFORMATO

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a_____in qualità di (specificare)_____

D I C H I A R A

di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 2016/679:

a) i dati dichiarati sono utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria della richiesta in oggetto e per le finalità strettamente connesse;
b) il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
c) il conferimento dei dati ha natura obbligatoria;
d) l'eventuale rifiuto dell'interessato comporta l'impossibilità di eseguire l'istruttoria in oggetto;
e) i dati personali forniti possono costituire oggetto di comunicazione nell'ambito e per le finalità strettamente connesse al procedimento relativo alla definizione del beneficio richiesto, sia all'interno degli uffici appartenenti alla struttura del Titolare, sia all'esterno, con riferimento a soggetti individuati dalla normativa vigente;
f) il Titolare garantisce all'interessato i diritti previsti dalla normativa vigente e pertanto l'interessato:
   - ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano;
   - ha il diritto di ottenere indicazioni circa l'origine dei dati personali, finalità e modalità di trattamento, logica applicata per il trattamento con strumenti elettronici, estremi identificativi del Titolare e responsabili, soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
   - ha il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e, quando vi ha interesse, di integrazione dei dati e, inoltre, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati, l'attestazione che le operazioni che precedono sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rileva impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamene sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
   - ha il diritto di opporsi, in tutto o in parte e per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
g) il titolare del trattamento dei dati è l'Ambito Territoriale Sociale N34;

E S P R I M E

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi

A U T O R I Z Z A

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data_____, ____/____/_____

Firma

_____