MODELLO "A1"

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA - U.O.C. COORDINAMENTO SERVIZI SOCIALI

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime - FNA 2019 (IN GRADUATORIA FNA 2018)

Gli utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei Comuni afferenti all'Asp di Cosenza in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, quali, tra gli altri, quelli affetti dal morbo di Alzheimer, in condizione di dipendenza vitale e che necessitano, a domicilio, di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria, e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Anagrafica dichiarante

Cognome_____Nome_____

Data di nascita_____ Luogo di nascita_____

Codice fiscale_____ Residente a _____

Via_____ Tel./ Cell. _____

Mail _____ Titolo_____

Per l'indicazione del titolo scegliere tra le seguenti opzioni: a) sè stesso; b) familiare/ genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale/ caregiver o chi esercita la rappresentanza legale o tutela

Anagrafica assistito (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale_____ Residente a _____

Via _____ Tel./ Cell. _____

CHIEDE

L'accesso alla valutazione per l'attivazione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da disabilità gravissima, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei seguenti requisiti.

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

-che il beneficiario non è attualmente ricoverato, a tempo indeterminato, presso struttura socio sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

-di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale o dell'Asp di Cosenza, con il decesso del beneficiario e per sopravvenuta carenza dei requisiti di ammissibilità;

-di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'UOC Servizi Sociali in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio, oppure in caso di decesso del beneficiario;

-di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari ecc..) erogati dai Comuni e/o altri Enti e che l'accettazione dell'Assegno di cura è, pertanto, sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;

-di acconsentire alle verifiche che l'Asp intenderà, eventualmente, programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune a tal fine (es. dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio ecc…).

ALLEGA

- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dell'esistenza in vita del beneficiario;
- Attestazione ISEE socio sanitario, con riferimento ai valori come riportati all'art. 3 del presente avviso, in corso di validità;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la sussistenza dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, nonché dello *status* di *handicap* in condizione di gravità, di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, comma 3 in corso di validità;
- copia documenti di identità di richiedente e beneficiario (se minore, di entrambi i genitori).

Nella diversa ipotesi in cui siano intervenute delle variazioni delle condizioni socio sanitarie del soggetto, rispetto a quanto già dichiarato e attestato per l'anno 2018, il richiedente avrà obbligo di comunicare, tempestivamente, e con opportuna certificazione, le variazioni intervenute, entro i termini utili previsti dal bando per la presentazione della domanda.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./ Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____ Comune _____

CAP _____ Tel. / Cell. _____ Mail _____

Qualora l'istanza venga accettata dalla Commissione esaminatrice, si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

Diretto al Sig. Sig.ra _____nato/a a _____ Prov._____

Il _____ Codice fiscale _____

Tramite accredito sul: **Conto Corrente Bancario; Conto Corrente Postale;**

Intestato a _____

N.B. NON SONO AMMESSI LIBRETTI POSTALI E/O BANCARI

Codice IBAN (27 caratteri) _____

[ ] c/o Banca / Ufficio Postale _____; Sede Agenzia _____

Informativa PRIVACY: informato, ai sensi dell'art. 13 D.lvo 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, di cui all'art. 84 del citato D.lvo 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 89 del D.lvo 196/2003 e s. m. i., presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "*interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime*" della Regione Calabria, ai sensi della D.G.R. n. 331/2023.

Luogo e data

_____

Firma del richiedente

_____