

ISCHIA	CASAMICCIOLA TERME	LACCO AMENO	FORIO	SERRARA FONTANA	BARANO D'ISCHIA	PROCIDA
						

AMBITO SOCIALE N13

**Programma Regionale Sperimentale per persone affette da S.L.A.
e da altre malattie del motoneurone**

Delibera della Giunta Regionale n. 34 del 08/02/2013

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Spett.le Ufficio del Piano - AMBITO N13 (ex N3)

Comune Capofila ISCHIA

Via Iasolino n. 1

80077 ISCHIA (NA)

Il/La Sig./ra (Nome e Cognome) _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ alla _____

domiciliato/a _____ Codice fiscale _____

Documento d'Identità _____ Tel. _____ Cellulare _____
(tipo e numero)

CHIEDE

- In nome proprio
- Su delega del familiare / parente interessato
- In qualità di tutore giuridico della persona interessata

l'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2011 ai sensi del Decreto Interministeriale del 11/11/2011 per il sostegno all'assistenza domiciliare per malati di SLA a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali

A favore di: (Nome e Cognome) _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ alla _____

domiciliato/a _____ Codice fiscale _____

Documento d'Identità _____ Tel. _____ Cellulare _____

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 interessata all'assegno di cura sono i seguenti:

- è affetto/a da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)
o altra malattia del motoneurone certificata (indicare con una crocetta)
 Sclerosi Laterale Primaria (SLP) Atrofie Muscolari Spinali (SMA)
 Paraparesi spastica familiare (Mal di Strumpel-Lorraine)

- il medico (MMG o PLS) è: Nome e Cognome _____

Indirizzo _____ tel: _____

Distretto Sanitario _____ ASL _____ Centro di riferimento SLA _____

- Riceve dalla ASL le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie: _____

- Riceve dai Servizi Sociali del Comune di _____

le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie: _____

- È assistito nelle funzioni di vita quotidiana da uno o più familiari conviventi;

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

- È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere "sociale/sociosanitaria" che sia stata assegnata dal Comune o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario;

- S'impegna a firmare la scheda di valutazione inclusiva del progetto personalizzato formulato dalla U.V.I..

- Il familiare/ parente di riferimento contattabile è :

(Nome e Cognome) _____

Tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

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
 certificazioni mediche

Luogo e data _____ (firma leggibile) _____

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 _____ (firma leggibile) _____

Allegare documento di identità del richiedente

ISCHIA	CASAMICCIOLA TERME	LACCO AMENO	FORIO	SERRARA FONTANA	BARANO D'ISCHIA	PROCIDA
						

AMBITO SOCIALE N13

ATTO DI DELEGA PER PRESENTAZIONE RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Spett.le Ufficio del Piano - AMBITO N13 (ex N3)

Comune Capofila ISCHIA

Via Iasolino n. 1

80077 ISCHIA (NA)

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

Nato/a a _____ il _____ residente in _____

alla Via _____

Codice Fiscale _____ Documento d'Identità _____
(tipo e numero)

DELEGA

Il/la Sig./ra (Nome e Cognome) _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____

alla Via _____

Codice Fiscale _____ Documento d'Identità _____
(tipo e numero)

A PRESENTARE

la richiesta per l'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2011 ai sensi del Decreto Interministeriale del 11/11/2011 per il sostegno all'assistenza domiciliare per malati di SLA a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

Luogo e data _____ (firma leggibile) _____

Il sottoscritto/La sottoscritta, 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 _____ (firma leggibile) _____

Allegati documento di identità del richiedente e del delegato