



# *Ambito Territoriale N 22*

*Comune di Somma Vesuviana – Capofila*

*Comuni di Bruscianno, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano*

**AMBITO TERRITORIALE N22**

**Via San Giovanni De Matha**

**Somma Vesuviana (Na)**

**RICHIESTA AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA EX D.G.R. 70/24 – FNA 2024**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **e residente a**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **alla via** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_

**numero di telefono** \_\_\_\_\_ **E-mail**

\_\_\_\_\_

**PEC** \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

in qualità di:

- ☐ avente diritto
- ☐ familiare delegato
- ☐ tutore/amministratore di sostegno
- ☐ curatore

di:

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**l'ammissione al programma Regionale di Assegni di Cura ex D.G.R. 70/2024 – FNA 2024.**



# *Ambito Territoriale N 22*

*Comune di Somma Vesuviana – Capofila*

*Comuni di Bruscianno, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano*

A tal fine, il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. n. 445/2000, consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

## **DICHIARA**

*(barrare le caselle interessate)*

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso Pubblico – Allegato A – e di accettarne incondizionatamente ogni sua parte e clausola;
- ☐ di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 dell'Avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi residenziali sia sociosanitari che socio-assistenziali;
- ☐ di essere altresì a conoscenza che sono, inoltre, escluse dagli Assegni di cura e dai Voucher le persone con disabilità con ISEE sociosanitario superiore a € 50.000,00 o € 65.000,00 se si tratti di minori;
- ☐ di essere a conoscenza che l'assegno o voucher ha una **durata massima di 12 mesi continuativi** ed è erogato mediante bonifico bancario con cadenza bimestrale e può essere prorogato oltre i 12 mesi, in base alle disponibilità finanziarie dell'Ambito Territoriale e per una durata in mesi compatibile con tale disponibilità;
- ☐ di essere altresì a conoscenza che in caso di risorse finanziarie insufficienti a seguito dei decreti di liquidazione da parte della Regione Campania, l'Ambito Territoriale N22 potrà avvalersi di ulteriori rimodulazioni dei mesi e degli importi, previa approvazione da parte del competente Coordinamento Istituzionale;
- ☐ di essere a conoscenza che in caso di ammissione al beneficio FNA 2024, cede a carico dell'utente e/o del caregiver l'obbligo di rendicontazione della spesa secondo quanto indicato agli artt. 10 e 11 dell'Avviso;
- ☐ di essere a conoscenza e di accettare incondizionatamente la clausola secondo cui gli assegni di cura erogati e non rendicontati dovranno essere restituiti. In caso di mancata restituzione spontanea, l'Ambito procederà con la riscossione coattiva tramite Agenzia delle Entrate.

Alla presente allega:

- Documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Documento di riconoscimento dell'eventuale familiare delegato e relativa delega;
- Documento di riconoscimento dell'eventuale tutore/amministratore di sostegno e decreto di nomina dello stesso;
- ISEE e/o ISEE socio-sanitario 2025 in corso di validità;
- Copia verbale UVI con valutazione effettuata in base alle scale di cui agli allegati 1 e 2 del D.M. 26/09/2016 per i beneficiari gravissimi già inseriti nel Programma FNA 2023 copia dell'ultimo verbale utile;
- Frontespizio conto bancario/postale con IBAN intestato al beneficiario o cointestato al beneficiario e al Caregiver indicato nel PAI e nell'UVI;
- Eventuale Decreto di nomina di amministratore di sostegno/curatore/tutore.



# *Ambito Territoriale N 22*

*Comune di Somma Vesuviana – Capofila*

*Comuni di Bruscia, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vito*

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza ovvero la non validità dell'attestazione ISEE è causa di esclusione dal progetto.

Il sottoscritto è consapevole che tale misura NON è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con altri programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni, e pertanto con i programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente salvo che questi ultimi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona da prevedersi nel progetto personalizzato e non ricompresi nell'Assegno o nel Voucher (es. adeguamenti dell'abitazione, domotica, collocamento temporaneo in struttura residenziale a scopo di sollievo ovvero brevi permanenze in soluzioni residenziali finalizzate alla progressiva emancipazione dalla famiglia d'origine).

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016 e del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, anche con strumenti informatici, limitatamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_