



AMBITO
SOCIO-TERRITORIALE
LAGONEGRESE POLLINO

COMUNE DI VIGGIANELLO
CAPOFILIA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2
LAGONEGRESE-POLLINO



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

Allegato A

MODULO DI DOMANDA

AVVISO PUBBLICO
PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA
per Anziani non Autosufficienti e Persone con Disabilità 2022 - 2024

Prot. n. _____ del _____

(Riservato all'Ufficio)

All'Ufficio Sociale del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a _____ (____)

il _____

residente a _____ (____)

CAP _____

indirizzo _____, n° _____

telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal beneficiario)

del sig./sig.ra _____

codice fiscale _____

nato/a _____ (____)

il _____

residente a _____ (____)

CAP _____

indirizzo _____, n° _____

telefono _____

fa domanda di ASSEGNO DI CURA

A tal fine, il/la sottoscritto/a

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000



**AMBITO
SOCIO-TERRITORIALE
LAGONEGRESE POLLINO**

COMUNE DI VIGGIANELLO
CAPOFILA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2
LAGONEGRESE-POLLINO



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

1. Dati generali

- che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- che il beneficiario è:
- Anziano non Autosufficiente con alto carico assistenziale o persona con disabilità gravissima;
oppure
 - Anziano non Autosufficiente con basso carico assistenziale o persone con disabilità grave;
 - che la famiglia si avvale a titolo oneroso, di uno o più operatori/assistenti familiari per l'assistenza al domicilio;
oppure
 - intende avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più operatori/assistenti familiari per l'assistenza al domicilio e si impegna a presentare la documentazione attestante l'avvenuta assunzione in sede di sottoscrizione del PAI (Piano Assistenziale individualizzato), pena decadenza del beneficio riconosciuto;
 - che il valore dell'I.S.E.E. socio-sanitario del nucleo familiare della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità è pari a _____ €;
 - che la persona interessata non è destinataria di programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni dell'Avviso di che trattasi, ovvero dei programmi "Dopo di Noi" e "Vita Indipendente" ecc;
 - di essere consapevole che la presentazione della domanda non dà diritto all'erogazione dell'intervento richiesto e che il riconoscimento di quest'ultimo è subordinato all'elaborazione di una graduatoria unica di Ambito, stilata sulla base dei criteri di cui all'Avviso, alla disponibilità delle risorse e alla sottoscrizione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato);
 - di impegnarsi a rendicontare bimestralmente spese, fornendo la documentazione necessaria a dare prova delle spese ammissibili sostenute fino alla concorrenza di almeno il 70% dell'importo dell'Assegno;
 - di essere consapevole che la mancata rendicontazione per 3 bimestri consecutivi comporta la perdita del diritto all'erogazione dell'intervento;
 - di essere consapevole che saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito;
 - di accettare tutto quanto è disposto e previsto nell'Avviso di che trattasi;
 - che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____ telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare (barrare un'opzione)

- Presenza di operatore/assistente familiare assunto dalla famiglia**

L'operatore/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/____ al ___/___/____

- Presenza di operatore/assistente familiare pagato per il tramite di Enti terzi**



**AMBITO
SOCIO-TERRITORIALE
LAGONEGRESE POLLINO**

COMUNE DI VIGGIANELLO
CAPOFILIA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2
LAGONEGRESE-POLLINO



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

L'operatore/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, per il quale il familiare del beneficiario/beneficiario sostiene il costo, è regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, a per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità indicata in precedenza: - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

Assenza di operatore/assistente familiare

(In caso di assenza, il richiedente si impegna a presentare la documentazione attestante l'avvenuta assunzione in sede di sottoscrizione del PAI, pena decadenza dell'intervento riconosciuto)

4. Modalità di riscossione

Il/la sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione venga effettuata con la seguente modalità:

- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richiada, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare, si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona anziana non autosufficiente o la persona disabile:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative all'operatore/assistente familiare (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni;
oppure:
- certificazione dalla quale si evince la condizione di non autosufficienza o disabilità grave ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
- certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie regionali sulle apposite schede riportate negli Allegati n. 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2E/A, 2E/B, 2F, 2G, 2H e n. 3 della D.G.R. 202400654 del 04/11/2024 (corrispondenti agli Allegati n. 1A, 1B,

Ufficio di Piano – Loc. Anzoleconte, snc - C.A.P 85040 - Viggianello (PZ)
Tel. 0973-664012 - E-mail: ufficiodipiano@ambitoviggianello.it – coordinatore@ambitoviggianello.it
Pec: ambito_lagonegrese_pollino@pec.it - P.I.00266470764 - C.F.84002150765



COMUNE DI VIGGIANELLO
CAPOFILIA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2
LAGONEGRESE-POLLINO



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

1C, 1/D, 1D/A, 1D/B, 1E, 1F, 1G e n. 2 della D.G.R. n. 1100 del 30/10/2018) **(solo per anziani non Autosufficienti con alto carico assistenziale o persone con disabilità gravissima).**

- certificazione I.S.E.E. per prestazioni agevolate di natura socio - sanitaria in corso di validità del nucleo familiare del beneficiario;
- documentazione relativa al rapporto contrattuale con operatori/assistenti familiari;
- copia del documento di riconoscimento valido del richiedente;
- copia del documento di riconoscimento valido del beneficiario;
- copia del documento di riconoscimento valido della persona di riferimento;
- informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

In fede

Luogo, _____ Data ____/____/____

Il Dichiarante

(firma leggibile)