AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI POLISTENA
Comune capofila di Polistena – Ufficio di Piano

ALLEGATO 4 – MODELLO DI DOMANDA

DOMANDA DI CONFERMA DEL CONTRIBUTO – SOGGETTI GIÀ BENEFICIARI / IN GRADUATORIA

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2022 – Area disabilità gravissima

Possono accedere al beneficio i cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Polistena in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, da stato di demenza molto grave (tra cui il morbo di Alzheimer) o in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali o dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Il presente modello è riservato alle persone con disabilità gravissima già beneficiarie dell'Assegno di cura ovvero collocate in graduatoria a valere sul precedente Fondo gestito dall'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento, per le quali non siano intervenute variazioni in termini di aggravamento o miglioramento della patologia o dei requisiti socio-familiari e ambientali. In tali casi il richiedente può essere esonerato da una nuova valutazione da parte della Commissione con funzioni di U.V.M.

ANAGRAFICA DEL DICHIARANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a

_____

Via _____ n. _____ Tel./Cell.

_____

E-mail / PEC _____

In qualità di (barrare): ☐ sé stesso ☐ familiare / genitore o esercente la responsabilità genitoriale ☐ caregiver ☐ tutore / curatore / amministratore di sostegno o altro rappresentante legale

ANAGRAFICA DELL'ASSISTITO (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a

_____

Via _____ n. _____ Tel./Cell.

_____

CHIEDE

la conferma dell'Assegno di cura a favore del beneficiario sopra indicato, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, dichiarando di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi:

- 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 la perdita dei requisiti di ammissibilità e con il decesso del beneficiario, nel qual caso l'Assegno di cura è riconosciuto fino alla data del decesso; il trasferimento di residenza in corso d'anno non interrompe l'erogazione, che è comunque riconosciuta per l'intera annualità;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni, ai fini della sospensione temporanea del beneficio, ovvero in caso di decesso del beneficiario;
- che l'Assegno di cura, in coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022–2024, ha carattere aggiuntivo e complementare e non sostitutivo rispetto all'assistenza sanitaria, e di non essere beneficiario di altri contributi monetari aventi la medesima finalità assistenziale a valere su fondi diversi;
- di acconsentire alle verifiche che l'ATS intenda eventualmente programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune (a titolo esemplificativo: dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio).

Dichiarazione di invarianza. Il/la sottoscritto/a dichiara che non sono intervenute variazioni delle condizioni socio-sanitarie del beneficiario rispetto a quanto già dichiarato e attestato all'ASP. In caso contrario, si impegna a comunicarle tempestivamente, con opportuna certificazione, entro i termini di presentazione della domanda fissati dall'Avviso, allegando nuova certificazione clinica.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dell'esistenza in vita del beneficiario;
- ☐ Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000,00, accresciuti a euro 65.000,00 in caso di beneficiario minorenne;
- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, attestante la sussistenza dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, nonché dello status di handicap in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, in corso di validità;

☐ Copia dei verbali di riconoscimento dell’invalidità civile al 100%, dell’indennità di accompagnamento e della condizione di disabilità grave ex art. 3, comma 3, legge n. 104/1992, oppure decreto di omologa/sentenza corredati da perizia medico-legale, secondo la nota regionale prot. 834260 del 14/10/2026.

- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minore, di entrambi i genitori);
- ☐ Autocertificazione dello stato di caregiver (Allegato 6), ove ricorra l'erogazione a titolo di sostegno al caregiver familiare;

☐ Copia dell'eventuale decreto di nomina di tutore, curatore o amministratore di sostegno.

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI

Sig./Sig.ra _____ Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Tel./Cell. _____ E-mail _____

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Qualora l'istanza venga accolta, si chiede di erogare il contributo a favore di:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

mediante accredito su (barrare): ☐ Conto Corrente Bancario ☐ Conto Corrente Postale ☐ Postepay Evolution

Intestato a _____

N.B. Non sono ammessi libretti postali e/o bancari.
Codice IBAN (27 caratteri) _____

c/o Banca / Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 26 GDPR)

I dati personali, compresi quelli relativi alla salute, sono trattati per la gestione del procedimento FNA 2022 in esecuzione di un compito di interesse pubblico e per gli adempimenti di legge (artt. 6, par. 1, lett. c ed e, e 9, par. 2, lett. g e h, GDPR). Nell'ambito del procedimento operano in contitolarità, secondo l'accordo sottoscritto, il Comune di Polistena, ente capofila ATS (PEC protocollo@pec.comune.polistena.rc.it), e l'ASP di Reggio Calabria (PEC affarigenerali.asprc@certificatamail.it). L'informativa completa e il contenuto essenziale dell'accordo sono disponibili nell'Allegato 9 all'avviso.

Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, disponibile insieme all'avviso pubblico. La partecipazione non è subordinata al consenso al trattamento, che trova fondamento nella normativa richiamata.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____