



COMUNE DI RAPOLLA

Provincia di Potenza

Capofila Ambito Socio Territoriale n° 5 Vulture Alto Bradano
(Comuni di: Atella, Banzi, Barile, Forenza, Genzano di Lucania, Ginestra, Lavello, Maschito, Melfi, Montemilone, Palazzo San Gervasio, Pescopagano, Rapolla, Rapone, Rionero in Vulture, Ripacandida, Ruvo del Monte, San Fele e Venosa)



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

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**

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° _____, 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
☐	☐	☐

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 richieda, 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, 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)