



Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. ufficio: \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

c) Riceve dalla ASL le seguenti cure/ prestazioni sanitarie o sociosanitarie:

\_\_\_\_\_

d) Riceve dai Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona Ambito N 23/Comune di: \_\_\_\_\_ le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

\_\_\_\_\_

e) È assistito nelle funzioni di vita quotidiana in modo:

- diretto da parte di uno o più familiari conviventi;  
 indiretto da parte di un Assistente familiare/badante

f) È consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere "sociale" che sia stata assegnata dal Piano Sociale di Zona Ambito N 23/Comune o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario;

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

h) E' consapevole che la presentazione della presente domanda non dà diritto automatico alla corresponsione dell'assegno che sarà erogato solo agli aventi diritto in base alle risultanze dell'UVI e fino alla concorrenza delle risorse assegnate all'Ambito N23 con Decreto 884/2014 e programmate nel Piano sociale di Zona a seguito del materiale accreditato di fondi da parte della Regione Campania;

i) Di aver preso visione ed accettare integralmente quanto riportato nell'avviso pubblico e relativo disciplinare assegni di cura – fondo per la non autosufficienza 2013;

l) Nell'eventuale fruizione dell'assegno di cura si impegna all'osservanza delle leggi e decreti vigenti o emanati in corso di erogazione da autorità competenti, anche relativi a questioni di lavoro, amministrative, assicurative, previdenziali, sociali, fiscali o sanitarie, sollevando da ogni responsabilità il Comune di Nola – Ambito N23. Inoltre, si impegna a tenere indenne l'Amministrazione Comunale e l'Ufficio di Piano da qualsiasi vertenza.

m) Il familiare/ parente di riferimento contattabile è:

(Nome e Cognome)

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**Informa della modalità di pagamento ai fini dell'eventuale erogazione dell'assegno di cura:**

Conto corrente postale o bancario

IBAN \_\_\_\_\_

INTESTATO A \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente-beneficiario;  
 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 e/o tutore giuridico;  
 richiesta di valutazione UVI redatta dal MMG o PLS;

- scheda attestazione patologia rilasciata dal MMG o PLS;
- ISEE Socio Sanitario

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)

\_\_\_\_\_

Medico di medicina generale

Medico pediatra di base

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

Indirizzo ambulatorio

Luogo \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Certificato Medico

Relativo alla richiesta di prestazioni previste dal FONDO NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2013  
a favore di persone non autosufficienti

inquadramento da allegare alla domanda di **assegno di cura**

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

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

domiciliato/a \_\_\_\_\_ C. F. | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Diagnosi:** (formulare per esteso e non utilizzare abbreviazioni. Indicare solamente una o più diagnosi di malattia/disabilità che comporti uno stato di non autosufficienza rilevante)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Classi di priorità:** (In accordo a quanto stabilito dalla ASL NA 3 Sud in sede di riunione del Comitato Ex art. 23, ai sensi dell'ACN vigente (08 luglio 2010) e delibera D.G. aziendale n. 28 del 05.02.2015, del 24 febbraio 215)

(Barrare la casella interessata, se previsto)

**Priorità I:** SLA o altre Malattie del Motoneurone;

**Priorità II:** pazienti in coma, stato vegetativo o di minima coscienza che perduri da oltre un mese dalla data di attestazione;

**Priorità III:** pazienti con gravi patologie invalidanti con bisogno di assistenza continua (arco temporale giornaliero sufficientemente lungo, l'assistenza solo notturna non è requisito sufficiente) e con dipendenza vitale per la respirazione (Tracheostomia) e per l'alimentazione (PEG);

**Priorità IV:** pazienti affetti da patologie che presentano TUTTE le seguenti caratteristiche: rare, gravemente invalidanti, neurodegenerative o cronico-degenerative non reversibili, di particolare impegno assistenziale (es. Corea di Huntington, Sindrome di Rett, Distrofia di Duchenne, ecc.);

**Priorità V:** pazienti affetti da altre patologie cronico degenerative non reversibili, gravemente invalidanti;

**Priorità VI:** altre condizioni di malattia e di non autosufficienza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

timbro e firma