Comune di Paterno Calabro Prot.0006145-02/11/2026-c_g372-PG-0007-00020001-A 0015-0003

All'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI ROGLIANO
Comune capofila di Rogliano – Ufficio di Piano
protocollo.rogliano@asmepec.it

ALLEGATO 5 – MODELLO DI DOMANDA

DOMANDA DI VALUTAZIONE E ACCESSO AL CONTRIBUTO – NUOVI UTENTI

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 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 che presentano istanza per la prima volta, ovvero che non siano state beneficiarie dell'Assegno di cura né collocate in graduatoria a valere sul precedente Fondo gestito dall'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

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

l'accesso alla valutazione per l'attivazione 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.

Comune di Paterno Calabro Prot.0006145-02/11/2026-c_g372-PG-0007-00020001-A 0015-0003

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).

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Certificazione sanitaria (scheda di valutazione di cui al D.M. 26 settembre 2016 — Allegati 1A–1H o 2 — unitamente all'Allegato 3) rilasciata da struttura sanitaria pubblica, con relativo numero di protocollo, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, compilata, timbrata e firmata dallo specialista di riferimento secondo quanto previsto dall'Avviso;
- ☐ Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità; in caso di revisione, la procedura deve essere completata entro il termine di scadenza dell'Avviso;
- ☐ Certificazione dello status di handicap in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, in corso di validità;
- ☐ 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;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- ☐ 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.

Si rammenta che, qualora le condizioni di cui alle lettere a) e d) dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito, l'interessato può comunque accedere al beneficio, nelle more del processo di accertamento, in presenza

Comune di Paterno Calabro Prot.0006145-02/11/2026-c_g372-PG-0007-00020001-A 0015-0003

di diagnosi medica specialistica di patologia o menomazione che accompagni il rilievo funzionale e di copia della richiesta inoltrata all'INPS.

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 E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (Reg. UE 2016/679)

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati — anche con strumenti informatici — al solo fine di consentire l'attività di valutazione e gestione del beneficio. I dati sono comunicati esclusivamente all'interessato o agli altri soggetti legittimati, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, e non sono diffusi. Titolare del trattamento è il Comune capofila dell'ATS; l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15–22 del Regolamento rivolgendosi al Titolare e al Responsabile della Protezione dei Dati.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle modalità e delle finalità del trattamento, presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche di categorie particolari, per le finalità degli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima a valere sul FNA 2022.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____