

*Programma Regionale Sperimentale per ammalati di S.L.A.
ed altre malattie del motoneurone*

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Al Segretariato Sociale del Comune diAmbito Territoriale.....

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune diAmbito Territoriale.....

Il sig. (nome e cognome) _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

Domiciliato _____

Numero di Telefono _____

Documento d'Identità _____

CHIEDE

per se Su delega del familiare / parente interessato

In qualità di tutore giuridico della persona interessata

L'attribuzione di un "assegno di cura" a valere sul F.N.A. 2011 ai sensi del Decreto Interministeriale del 11.11.2011 per il sostegno all'assistenza domiciliare per malati di SLA a titolo di riconoscimento delle prestazioni tutelari fornite dalla famiglia in sostituzione di altre figure professionali sociali.

A favore di:

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

indirizzo _____ tel: _____

Codice Fiscale _____

Ed a tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art.75 del suddetto D.lgs

DICHIARA

Che i dati e le informazioni relative alla persona interessata all'assegno di cura sono i seguenti:

E' affetto/a da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA) o altra malattia del motoneurone certificata

Nome e cognome del medico (MMG o PLS) _____

Indirizzo _____ tel: _____

*Programma Regionale Sperimentale per ammalati di S.L.A.
ed altre malattie del motoneurone*

MODULO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Distretto Sanitario _____ ASL _____ Centro di riferimento SLA _____

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

Riceve dai Servizi Sociali del Comune di _____ Ambito Territoriale _____

le seguenti prestazioni sociali o sociosanitarie:

E' assistito nelle funzioni di vita quotidiana da uno o più familiari conviventi

Si rende disponibile ad essere sottoposto a valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Integrata presso il proprio domicilio.

E' consapevole che l'eventuale accettazione di un assegno di cura risulta sostitutiva di ogni altra prestazione a carattere "sociale" che sia stata assegnata dal Comune o definita in sede di Unità di Valutazione Integrata congiuntamente con il Distretto Sanitario.

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

Il familiare/ parente di riferimento contattabile è :

(nome e cognome) _____

n. tel: _____ e-mail _____

Ai fini dell'espletamento della pratica, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/2003 SI. NO

Allega alla presente : atto di delega alla presentazione della domanda

Eventuale certificazione _____

Data _____

Firma del richiedente _____

Timbro e firma dell'operatore che riceve la domanda _____