



E.C.A.D. N. 6 "SANGRINO"
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



Oggetto: ASSEGNO DI CURA PER I SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI - PLNA 2017

<u>DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO:</u>
Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il __/__/____, a _____, residente a _____, provincia____, Via/Piazza _____, n. _____, tel _____, fax _____, email _____; codice fiscale _____ Medico di Medicina Generale _____, tel _____
Chiede
l'assegnazione di Assegno di cura per i servizi a favore delle persone non autosufficienti "PLNA – 2017"

<u>DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO:</u>
Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il __/__/____, a _____, residente a _____, provincia____, in Via/Piazza _____, n. _____, tel _____, fax _____, email _____; codice fiscale _____
In qualità di:
<ul style="list-style-type: none">• Familiare• Tutore• Amministratore di sostegno• Altro (specificare) _____



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



Chiede	
l’assegnazione di Assegno di cura per i servizi a favore delle persone non autosufficienti “PLNA – 2017”	
a favore di:	
Sig./Sig.ra _____,	nato/a il ____/____/____,
a _____,	residente a _____,
_____,	provincia _____, in Via/Piazza _____,
_____ n. _____,	tel _____,
fax _____,	email _____;
codice fiscale _____,	tel _____
Medico di Medicina Generale _____	

DICHIARA:

- di essere consapevole che l’ammissione al Piano locale avviene previa valutazione da parte dell’Unità di Valutazione Multidimensione (U.V.M.) e predisposizione di apposito Piano Individualizzato di Assistenza;
- di essere consapevole che l’erogazione del beneficio è subordinato alla permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale nel proprio contesto abitativo sociale ed affettivo ed ad evitare il ricorso al ricovero ospedaliero. Tale assistenza si realizza attraverso l’assistenza diretta alla persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari;
- di essere consapevole che l’Ente di Ambito Sociale verificherà trimestralmente il rispetto dell’accordo sottoscritto e, nel caso di ricorso ad assistenza familiari esterni, acquisirà copia dei versamenti contributivi effettuati;
- di essere consapevole altresì, che l’erogazione del beneficio eventualmente concesso avrà decorrenza dalla sottoscrizione del contratto (Accordo di Fiducia), con il Servizio Sociale



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



dell’Ambito che indicherà il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire, le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare, la durata del contratto/accordo, la modalità ed i tempi della verifica, l’entità del contributo, la modalità di erogazione, gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell’accordo;

- di essere consapevole che l’assegno di cura è incompatibile con tutte le altre forma di assistenza economica previste dal PLNA 2017 ed altresì con gli interventi previsti dalla l.r. 57/2012 “Interventi per la vita indipendente”;

- di essere a conoscenza che saranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;

- di essere consapevole che in caso pervengano più istanze da ammettere al beneficio oltre il numero delle domande finanziabili verrà redatta una graduatoria partendo dal reddito isee più basso;

- di essere consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art.76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.Lgs;

- di essere informato, ai sensi dell’art. 13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, oltre ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare ed aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di segreteria dell’Ente di Ambito sociale.



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- Certificato ISEE del nucleo familiare e dichiarazione sostitutiva unica in corso di validità;
 - Certificazione attestante l’invalidità o la disabilità stabilita dalla L. 104/92 art. 3 comma 3;
 - Certificato di invalidità;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del diretto interessato;
 - Altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione_____
- _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____ email _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 ed 82 del D.Lgs. 196/2003 s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali e successive modifiche ed integrazioni, anche sensibili per le finalità di cui al “PLNA -2017”.

Data ____/____/____

Firma _____