AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI POLISTENA
Comune capofila di Polistena – Ufficio di Piano

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 di Polistena 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 POLISTENA (RC) PROT. N.0021735 DEL 12-11-2026 in partenza

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; se il beneficiario è minorenne, documenti di entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale;
- ☐ 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,

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0021735 DEL 12-11-2026 in partenza

l'interessato può comunque accedere al beneficio, nelle more del processo di accertamento, in presenza 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 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 26 GDPR)

I dati personali, compresi quelli relativi alla salute, sono trattati per la gestione del procedimento FNA 2022 in esecuzione di un compito di interesse pubblico e per gli adempimenti di legge (artt. 6, par. 1, lett. c ed e, e 9, par. 2, lett. g e h, GDPR). Nell'ambito del procedimento operano in contitolarità, secondo l'accordo sottoscritto, il Comune di Polistena, ente capofila ATS (PEC protocollo@pec.comune.polistena.rc.it), e l'ASP di Reggio Calabria (PEC affarigenerali.asprc@certificatamail.it). L'informativa completa e il contenuto essenziale dell'accordo sono disponibili nell'Allegato 9 all'avviso.

Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, disponibile insieme all'avviso pubblico. La partecipazione non è subordinata al consenso al trattamento, che trova fondamento nella normativa richiamata.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0021735 DEL 12-11-2026 in partenza