**Allegato 2**

***MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO DI CURA E VOUCHER***

**OGGETTO: Programma Regionale Assegni di Cura e Voucher per anziani non autosufficienti e persone con disabilità ai sensi della DGR n.121/2023 e DGR n. 70/2024.**

Il/la sottoscritto/a (Cognome/Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**In qualità di:**

□ diretto interessato

□ caregiver familiare

□ tutore

□ curatore

□ amministratore di sostegno

□ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**l’accesso al programma Regionale di Assegni di Cura/Voucher in favore di:**

Il/la sottoscritto/a (Cognome/Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per:

□ *Assegno di cura*

*□ Voucher*

**DICHIARA**

che il beneficiario (*nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

□ non usufruisce dei servizi residenziali o semi-residenziali sia socio-sanitari che socio-assistenziali;

□ usufruisce dell’indennità di accompagnamento di cui alla Legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;

□ è riconosciuto disabile ai sensi dell’art.3 comma 3 della L. n.104/1992;

□ che il valore dell’ISEE sociosanitario in corso di validità è pari a *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- che il medico (MMG o PLS) è: (*Nome/Cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tel.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

□ di essere a conoscenza che l’utilizzo degli Assegni di Cura deve essere dimostrato dal beneficiario a questa Azienda attraverso la presentazione di giustificativi di spesa che attestino l’effettivo acquisto delle prestazioni/servizi/ ausili, fino al 70% dell’importo dell’assegno, mediante rendicontazione semestrale.

□ di impegnarsi a comunicare con tempestività, a codesta Azienda, eventuali ricoveri se superiori ai 30 giorni, nonché eventuale sopraggiunto decesso;

□ di essere a conoscenza che la presente domanda non dà diritto all’ erogazione dell’assegno, che resta subordinata agli esiti di valutazione dell’U.V.I., e al trasferimento delle risorse finanziarie da parte della Regione;

□ che nel caso di ammissione in graduatoria, l’importo sarà erogato a partire dall’anno successivo a quello in corso.

**Informa ai fini dell’eventuale erogazione dell’assegno di cura:**

* Conto corrente bancario IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di avere in atto rapporto di lavoro con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_contrattualizzata come\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

**AUTORIZZA**

l’Unità di Valutazione Integrata (UVI) alla valutazione delle condizioni di bisogno socio-sanitario per l’ammissione al servizio richiesto.

**ALLEGA i seguenti documenti firmati:**

in caso di scelta Assegni di cura:

* Allegato 4 – Dichiarazione di impegno;

in caso di scelta di Voucher:

* Allegato 6 – Modello scelta prestatore in caso di scelta di voucher;

Si allegano in formato PDF:

* Copia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
* Copia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
* Copia verbale di accertamento Handicap ai sensi della L. n. 104/1992;
* Copia verbale riconoscimento invalidità civile con accompagnamento di cui L. n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni;
* Copia Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
* Copia codice IBAN intestato al beneficiario o cointestato (il libretto postale non è valido);
* Copia contratto di lavoro assistente familiare/badante (solo per domanda Assegni di Cura);

Per presa visione si includono: Allegato 3 - Informativa “Programma Regionale Assegno di Cura e Voucher” FNA 2022-2024 e Allegato 5 - Modello di Rendicontazione.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_