



AMBITO
TERRITORIALE
N25

AMBITO TERRITORIALE N25
Capofila Pomigliano d'Arco
(Provincia di Napoli)
COMUNE DI POMIGLIANO D'ARCO E COMUNE DI SANT'ANASTASIA – UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO TERRITORIALE N 25 VIA V.
EMANUELE, PALAZZO OROLOGIO, N. 309 - 80038 POMIGLIANO D'ARCO - TEL-FAX 0818844520 — PEC
affarisociali.pomigliano@asmepec.it

ALLEGATO B

RICHIESTA AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA EX DGR 70/24 – FNA 2024.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

_____ alla via _____ n° _____

numero di telefono _____ E-mail _____

PEC _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del D.Lgs. 445/2000 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., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

CHIEDE

in qualità di:

- avente diritto
- familiare delegato
- tutore/amministratore di sostegno
- curatore di

_____ nato/a _____

il _____ residente a _____ alla

via _____ n° _____ Codice fiscale _____

l'ammissione al programma regionale di assegni di cura ex DGR 70/2024 – FNA 2024

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti di cui all'avviso pubblicato in data 16/12/2025 sul sito del Comune di Pomigliano d'Arco, capofila dell'Ambito N25

Alla presente allega:

- Documento di riconoscimento del beneficiario;
- Documento di riconoscimento dell'eventuale familiare delegato e relativa delega;
- Documento di riconoscimento dell'eventuale tutore/amministratore di sostegno e decreto di nomina dello stesso;
- ISEE e/o ISEE socio sanitario 2025 in corso di validità;
- Copia verbale UVI con valutazione effettuata in base alle scale di cui agli allegati 1 e 2 del D.M. 26/09/2016;
- Frontespizio conto bancario/postale con IBAN intestato/cointestato all'interessato

Il sottoscritto è consapevole che la mancanza ovvero la non validità dell'attestazione ISEE è causa di esclusione dal progetto.

Il sottoscritto è consapevole che tale misura NON è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con altri programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni, e pertanto con i programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente salvo che questi ultimi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona da prevedersi nel progetto personalizzato e non ricompresi nell'Assegno o nel Voucher (es. adeguamenti dell'abitazione, domotica, collocamento temporaneo in struttura residenziale a scopo di sollievo ovvero brevi permanenze in soluzioni residenziali finalizzate alla progressiva emancipazione dalla famiglia d'origine).

II SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA, NEL CASO DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA A:

- **documentare le spese per l'assistenza prevista nel PAL, attraverso documentazione giustificativa;**
- **documentare almeno semestralmente le spese sostenute ed eleggibili di cui all'Avviso Pubblico, fornendo la relativa idonea documentazione giustificativa.**

Il sottoscritto è consapevole che saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito e che l'Ambito N25 avvierà azioni di recupero delle cifre erogate in caso di mancata, irregolare ovvero carente documentazione delle spese sostenute ed eleggibili.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016 e del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, anche con strumenti informatici, limitatamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____