



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

Timbro di arrivo al protocollo
dell'Ente

Allegato 1

All'Ente capofila dell'ATS XVI

Unione Montana dei Monti Azzurri
Ufficio Promozione Sociale/PUA
Via Piave n.12
62026 San Ginesio (MC)

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2016**

(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009, DGR 6 del 09 gennaio 2012, Decreto 15/APS del 10 aprile 2014,
DGR 328/2015)

Il sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP

_____ in via _____ n. _____

Telefono _____

in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare o soggetti delegati
- tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di Assegno di Cura

per il/la sig./sig.ra _____

Codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____ in via _____ n. _____,

Telefono _____

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a _____ (____) CAP _____ in via _____

n. _____, telefono _____ .

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

Via Piave, n° 12 – 62026 San Ginesio MC – Tel. 0733 – 656336 Fax 0733 – 656429 -mail:ambitoXVI@montiazzurri.it



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

DICHIARA
(barrare le voci che interessano)

- Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS XVI
- Di essere domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS XVI presso _____
- Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura, è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.
- Di usufruire al momento della presentazione della domanda dell'indennità di accompagnamento
- che la situazione economica, calcolata sull'ISEE corrente (*in corso di validità*) è di € _____.
- Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

- direttamente dalla famiglia del soggetto
indicare la persona di riferimento:

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ () il _____ residente a _____
CAP _____ via _____
n. _____, telefono _____

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ () il _____ residente a _____
CAP _____ via _____
n. _____, telefono _____

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ () il _____ residente a _____
CAP _____ via _____
n. _____, telefono _____

- da assistenti domiciliari privati **in possesso di regolare contratto di lavoro.**

Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a _____ codice fiscale _____ nato/a a _____
_____ () il _____ residente a _____
CAP _____ via _____, n. _____,
telefono _____

- La sopracitata assistente familiare è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione di _____



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

- La sopracitata assistente familiare al momento **non** è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione
- Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il
Dr. _____
- Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura** nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (*es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell'assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc*)
- Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.
- Che la modalità di riscossione scelta, nell'eventualità venisse accettata la seguente domanda, è la seguente:
- Riscossione diretta a favore di: *nome* _____ *cognome* _____ *data e luogo di nascita* _____ *residente a* _____ *in qualità di (familiare, figlio, nipote ecc.)* _____
C.F. : _____ . (*allegare carta di identità*)
- Riscossione tramite Conto corrente bancario/postale:
IBAN: _____
Presso filiale _____

Allega obbligatoriamente alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – ultimo periodo di imposta);**
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario;**
- copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;**
- Autodichiarazione dello Stato di famiglia del beneficiario;**
- Dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (allegato 2)**
- Informativa privacy sottoscritta**

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso la Comunità Montana e l'Ambito Territoriale Sociale XVI, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, ASUR Marche ZT. di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012.
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012 – DGR 328/2015. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/ Comunità Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all'ATS XVI del contributo regionale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, preso visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data _____

IL DICHIARANTE



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

Allegato 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 DPR 28 dicembre 2000,n.445)
MODALITA' DI GESTIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALE**

Il/la sottoscritto/a, in relazione alla domanda d'accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti (DGR 985/2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012 – 328/2015), presentata in qualità di ai sensi dell'art.47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445;

consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità di atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e comportano l'applicazione della sanzione penale;

DICHIARA

che, per l'anno 2017 per il quale si richiede l'assegno di cura, l'Assistenza h 24 al Sig. /Sig.ra, beneficiario/a del contributo richiesto, è organizzata come di seguito riportato:

assistente domiciliare privata:

Signor/a _____ codice fiscale _____ nato/a a _____
(____) il _____ residente a _____
CAP _____ via _____, n. _____, telefono _____
N. Contratto _____ stipulato in data _____ presso
_____ categoria _____ scadenza del contratto di lavoro

N. tot. ore settimanali di assistenza settimanali _____

Calendario (giorni ed orario) settimanale dell'assistenza:

- La sopraccitata assistente familiare è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione di _____
- La sopraccitata assistente familiare al momento **non** è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione.



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

Familiare/i che di fatto si occupano dell'assistenza dell'anziano:

Nominativo _____ grado di parentela _____
Nominativo _____ grado di parentela _____
Nominativo _____ grado di parentela _____
Nominativo _____ grado di parentela _____
Nominativo _____ grado di parentela _____

Note:

In Fede.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

AUTODICHIARAZIONE
(utenti che nell'anno 2015 usufruivano dell'assegno di cura)

BANDO ASSEGNO DI CURA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 2016

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____ residente a

_____ (_____) CAP _____ in via _____

n. _____, telefono _____

in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- persona anziana in situazione di non autosufficienza in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
- familiare della persona anziana non autosufficiente
- tutore/curatore/amministratore di sostegno, assistente familiare, che di fatto si occupa della tutela della persona anziana non autosufficiente

DICHIARA CHE:

- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è invariato rispetto l'anno passato;
- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è invariata rispetto l'anno passato;
- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

- l'anziano (beneficiario) non è ospite di una struttura residenziale e domicilia presso:

- Le modalità di pagamento "Assegno di cura anziani non autosufficienti" sono confermate quelle riportate nella domanda di accesso.

FIRMA DICHIARANTE
