

Al SINDACO del comune di _____

DOMANDA D'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2017

(Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20.04.2015 e 1578 del 19/12/2016)

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 ultrassessantacinquenne in condizione di non autosufficienza;
- familiare (parente entro il 4° grado o affine entro il 2°) che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non convivente;
- soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno);

presenta domanda di Assegno di Cura

per il/sig./sig.ra _____ codice fiscale

_____ nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza anche a causa dell'Emergenza Sisma)

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:

DICHIARA

1. 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%,
- usufruisce di indennità di accompagnamento.

2. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente sono in atto interventi assistenziali gestiti:
- direttamente da un familiare del soggetto.
 - da assistenti domiciliari privati in possesso di regolare contratto di lavoro.
 - da assistenti domiciliari forniti da un ente privato.

3. Che il soggetto non autosufficiente:

- Non usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ma si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio.
- Non è attualmente ricoverato in nessuna struttura residenziale sociale o sanitaria prevista dalle LR 20/2002 e LR 20/2000 (casa di riposo, residenza protetta, RSA, ecc.)
- E' ricoverato presso una struttura residenziale sociale o sanitaria prevista dalle LR 20/2002 e LR 20/2000 (casa di riposo, residenza protetta, RSA, ecc.)
- Non usufruisce del programma di assistenza Home Care Premium
- Usufruisce del programma di assistenza Home Care Premium
- Non usufruisce dell'assistenza domiciliare indiretta per soggetti over 65 in situazione di particolare gravità
- Usufruisce dell'assistenza domiciliare indiretta per soggetti over 65 in situazione di particolare gravità

5. Di essere consapevole che, in caso di ammissione a beneficio, verrà richiesta dall'Ente erogatore documentazione ulteriore attestante la regolare posizione lavorativa di eventuale personale privato che svolga funzioni assistenziali nei confronti del beneficiario.

6. Di essere consapevole che, in caso di ammissione a beneficio e presenza di assistente familiare, la stessa dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Patto l'impegno formale ad iscriversi all'Elenco degli Assistenti Familiari gestito presso i CIOF –Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione, entro 12 mesi dalla concessione del beneficio.

7. Di essere consapevole che le dichiarazioni rese saranno soggette a verifiche d'ufficio e che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Allega alla presente:

1. attestazione I.S.E.E. ordinario, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 e relativi decreti attuativi;
1. copia dell'ultimo verbale di invalidità civile al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
2. copia di un valido documento di identità del richiedente.

Luogo e data _____ Firma del richiedente

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che:

- i dati sopra riportati prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa per le attività ad esso correlate e conseguenti;
- il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dalla legge e dai provvedimenti del Garante per la Protezione dei dati Personali;
- il trattamento sarà effettuato con modalità manuali e/o informatizzate, in particolare verrà utilizzato il Sistema Informativo per la Non Autosufficienza – SINA, che andrà poi ad integrarsi con il NSIS (sistema informativo sanitario su domiciliarità e residenzialità);
- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;

- il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- i dati conferiti, compresi quelli sensibili, saranno comunicati per gli adempimenti procedurali ad altri soggetti pubblici;
- il dichiarante può esercitare i diritti di cui al titolo II del Codice in materia di protezione dei dati personali (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, ecc.) avendo come riferimento il Comune di Ascoli Piceno in qualità di capofila dell'ATS 22;
- la cancellazione dei dati comporta l'annullamento del procedimento di erogazione dei contributi di cui alla presente richiesta;
- il titolare del trattamento è il Comune di Ascoli Piceno capofila dell'ATS 22.

Luogo e data _____ Firma del richiedente