



All'Ente capofila dell'ATS n.17

**Unione Montana
Potenza Esino Musone
Viale Mazzini, 29
62027 San Severino Marche (MC)**

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

(Delibera di Giunta Regionale n.1499 del 18 dicembre 2017)

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
- famiglie conviventi e non con l'anziano
- tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio 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:

DICHIARA

1. Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS n.17



**Unione Montana
Potenza Esino Musone**
San Severino Marche (MC)

2. 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.

3. Che la situazione economica, calcolata sull'ISEE, valida al momento della presente domanda, 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 _____

4. Che il Medico di Medicina Generale del soggetto non autosufficiente è il Dott.

5. 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*)

6. 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.

7. Di prendere atto della particolare prescrizione del Bando come segue: **“Si precisa che l'erogazione dell'assegno di cura, di cui al presente bando, è subordinata all'effettivo finanziamento da parte della Regione Marche, nella misura stabilita dal Comitato dei Sindaci dell'Ambito Sociale n. 17 in data 29/03/2018.”**



**Unione Montana
Potenza Esino Musone**
San Severino Marche (MC)

8. di essere consapevole che il contributo relativo alle mensilità di Gennaio, Febbraio e Marzo 2018 verrà riconosciuto previa dimostrazione dei requisiti posseduti in quel periodo.

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E. in corso di validità, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (all.2)
- informativa privacy sottoscritta (all. 3)

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE



**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 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 2018 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:

(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....



**Unione Montana
Potenza Esino Musone**
San Severino Marche (MC)

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....definizione ruolo.....

In Fede.

Luogo e data _____

Firma



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, 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 AV 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 e n. 6 del 9 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 e n. 6 del 9 gennaio 2012. 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 n. 17 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