
MODELLO DI DOMANDA modello B

Cittadini che non hanno mai fatto domanda o che hanno fatto domanda nell'anno precedente, ma sono stati esclusi per mancanza di requisiti o che hanno mutato le condizioni di accesso

Al SINDACO del comune di _____

DOMANDA D'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2022

(Delibere di Giunta Regionale n° 1482 del 01/12/2021 e DGR n. 179 del 22/02/2021)

Il sottoscritto/a

Codice Fiscale

nato/a il a

residente a via n. Tel.....

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

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

per il/la sig./sig.ra

persona anziana in situazione di non autosufficienza

Codice Fiscale

nato/a il a

residente in via Tel

CHIEDE

ACCESSO ALLA GRADUATORIA 2022 DEI BENEFICIARI DELL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

1. ha compiuto/compirà il 65° anno di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
2. è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%, anche per cecità;
3. è titolare di indennità di accompagnamento, certificato di iscrizione n. rilasciato il
4. è:residente , nei termini di legge, in uno dei comuni dell'ATS XXII ed ivi domiciliato/a
ovvero
è residente in uno dei comuni dell'ATS XXII ma domiciliato fuori Regione Marche, nel comune di _____ che è confinante con la Regione Marche;
5. usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:
 - direttamente da un familiare;
 - con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro,
 - da assistenti sociali domiciliari forniti da un ente privato
6. NON USUFRUISCE
 - delle prestazioni erogate dal Progetto "Home Care Premium" - INPS – Gestione ex INPDAP,
 - di prestazioni SAD,
 - di interventi di ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA, soggetti over 65 anni in situazione di "particolare gravità",in quanto prestazioni non cumulabili con l'Assegno di Cura;
7. USUFRUISCE
 - delle prestazioni erogate dal Progetto "Home Care Premium" - INPS – Gestione ex INPDAP,
 - di prestazioni SAD, ma si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio
 - di interventi di ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA, soggetti over 65 anni in situazione di "particolare gravità" anno _____,
8. **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)
Ovvero
È ricoverato in nessuna struttura residenziale sociale o sanitaria prevista dalle LR 20/2002 e LR 20/2000 (casa di riposo, residenza protetta, RSA, ecc) dal _____
ovvero

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati in calce al presente modulo e fornita anche con il bando pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili;
- 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;
- 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;
- 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.

....., _____

Allegati alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente), Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità

- ❑ copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- ❑ copia del verbale di invalidità civile (anche in caso di cecità) con riconoscimento dell'indennità d'accompagnamento;
- ❑ copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare (minimo categoria C Super di almeno 30 ore settimanali).

N.B. la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

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