

del Comune di _____

Oggetto: ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – Anno 2017
(Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20.04.2015 e N^1578 del 19/12/2016)

Il sottoscritto/a _____

codice fiscale _____ nato/a _____ (____)

il _____ residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____ in qualità di:

persona anziana in condizione di non autosufficienza, già beneficiaria dell'assegno di cura nell'anno 2016

oppure, in qualità di (*barrare*):

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)

della persona non-autosufficiente già beneficiaria dell'assegno di cura nell'anno 2016, avente le seguenti generalità:

nome e cognome _____ codice fiscale _____

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

CAP _____ in via _____ n. _____ tel _____

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

domiciliato a _____ (____) CAP _____ in via

_____ n. _____, telefono _____ ,

COMUNICA

la volontà di continuare ad usufruire del beneficio in oggetto e TRASMETTE in allegato:

- l'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, affinché possa essere predisposta la nuova graduatoria;
- copia dell'ultimo verbale di invalidità civile al 100%, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

DICHIARA

di essere a conoscenza 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.

Distinti saluti

Luogo e data _____ Firma _____