

MODELLO DI DOMANDA A

Cittadini che hanno già fatto domanda coi bandi precedenti

AL SINDACO DEL COMUNE DI

DOMANDA DI ACCESSO ALLA GRADUATORIA BENEFICIARI DELL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2021

(Delibere di Giunta Regionale n° 1138/2019 n° 1424 del 16/11/2020, 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 già beneficiaria dell'assegno di cura nell'anno 2020
avente le seguenti generalità

Codice Fiscale.....

nato/a il a

residente in via Tel.....

ovvero essere residente nel comune di _____ ma domiciliato, nel comune

di _____ che è confinante con la Regione Marche

CHIEDE

ACCESSO ALLA GRADUATORIA 2021 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 IL MANTENIMENTO DEI REQUISITI D'ACCESSO PREVISTI NEL BANDO.

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. socio sanitario (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) , Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità;
- copia del verbale di invalidità civile (anche in caso di cecità) con riconoscimento dell'indennità d'accompagnamento;
- copia del contratto individuale di lavoro
- copia fotostatica di un valido documento di identità personale.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
