

Al Sindaco
del Comune di _____

Oggetto: ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – Anno 2015 (Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20.04.2015)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a 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 2014

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 2014, avente le seguenti generalità:

nome e cognome _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (___) il _____ residente a _____
_____ (___) CAP _____ in via _____ n. _____

- 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;
- 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
