

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – BANDO 2017 (Deliberazione della Giunta Regionale n. 6 del 9 gennaio 2012)

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____)

il _____ residente nel Comune di _____ (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

Recapiti telefonici: Abitazione _____

Cellulare _____

di seguito denominato **richiedente**

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare convivente con l'anziano (entro il 4° grado di parentela)
- tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di Assegno di Cura

(da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario)

per il/sig./sig.ra _____ nato a _____ (____)

il _____ residente nel Comune di _____ (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono _____

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a _____ (____) CAP _____

in Via/Piazza _____

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



di seguito denominato **beneficiario**

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 il soggetto richiedente

DICHIARA

1. Che il beneficiario è residente in uno dei nove Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale IV (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino), alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'Assegno di Cura;
2. Che il beneficiario ha compiuto 65 anni alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'Assegno di Cura;
3. Che il beneficiario è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100%;
4. Che il beneficiario usufruisce di indennità di accompagnamento;
5. Che il beneficiario ha un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) in corso di validità, non superiore a:
(*barrare la voce che interessa*)
 - € 11.000,00 in caso di soggetto che vive solo;
 - € 25.000,00 in caso di soggetto che vive in famiglia.
6. Che il beneficiario è attualmente assistito:
(*barrare la voce che interessa*)
 - direttamente dalla famiglia del soggetto
 - da assistente domiciliare privato
7. Che il beneficiario:
(*barrare la voce che interessa*)
 - non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
 - si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio

Si allega:

- 1) Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;
- 2) Attestazione ISEE del soggetto beneficiario in corso di validità e completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU);
- 3) Copia del verbale di invalidità civile
- 4) Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della presentazione della domanda presentata (se la valutazione è in corso).

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



I richiedenti che utilizzano assistenti domiciliari private dovranno inoltre presentare:

- 5) copia del contratto di lavoro
- 6) ricevuta dell'ultimo pagamento trimestrale all'INPS

Informativa art. 13 D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 (privacy)

Titolare	Comune di Urbino in qualità di ente capofila dell'ATS IV, per l'intera banca dati, i restanti Comuni facenti parte dell'ATS IV per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.
Responsabile	I Responsabili individuati dai Comuni dell'A.T.S. IV per i trattamenti e il Responsabile del Settore Politiche Sociali, Giovanili e Sport del Comune di Urbino per i trattamenti di competenza dell'ATS IV.
Incaricati	I dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ATS IV, dal personale degli uffici dei Comuni coinvolti nel procedimento o comunque tenuti alla custodia (temporanea o definitiva) degli atti.
Finalità	I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria, definizione ed archiviazione dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse (Legge n. 431/1998; art. 68 D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 inerente il trattamento di dati da parte di PP.AA. ai fini della erogazione di benefici economici ed abilitazioni). I dati potranno essere utilizzati anche a fini di controllo, per altri procedimenti connessi ad interventi a carattere socio assistenziale di competenza dei Servizi Sociali dei nove comuni che compongono l'ATS IV;
Modalità	Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici. I dati sensibili verranno custoditi in contenitori chiusi a chiave; nel caso di trattamento attraverso elaboratore, verranno adottate apposite chiavi d'accesso.
Ambito comunicazione	I dati verranno utilizzati dagli uffici dell'ATS IV e dai Servizi Sociali del Comune facenti parte dell'ATS IV e sono comunicati alla Regione Marche; possono altresì essere comunicati all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo. I dati necessari verranno comunicati all'istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi.
Natura del conferimento dei dati	Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti.
Diritti	L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D. Lgs. n. 196/2003 rivolgendosi al Responsabile sopra specificato.

Data _____

Firma del richiedente _____