



ALLEGATO A



Azienda Pubblica di Servizi  
alla Persona  
"IRCR Macerata"

Gestione ex Inpdap

PROTOCOLLO

**HOME CARE PREMIUM 2011**  
Convenzione INPDAP

**PROGETTO: "Una rete a sostegno del domicilio"**

**Domanda di ammissione**

ai benefici previsti dalla Convenzione INPDAP PER GLI INTERVENTI INNOVATIVI E SPERIMENTALI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI ADULTI DIPENDENTI PUBBLICI E PENSIONATI EX INPDAP, O LORO CONIUGI CONVIVENTI E LORO FAMILIARI DI PRIMO GRADO NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI DI MACERATA E POLLENZA nell'ambito dell'iniziativa "HOME CARE PREMIUM".

**All'A.P.S.P "IRCR Macerata"**

Titolare del diritto:  
 Pensionato INPDAP- titolare di pensione n. \_\_\_\_\_  
 Dipendente Pubblica Amm.ne  
 Iscritto al Fondo Credito ex DM 45/2007  
 Coniuge convivente di \_\_\_\_\_  
 Familiare entro il 1° grado di \_\_\_\_\_

**DATI DEL DESTINATARIO:**

C.F.

COGNOME

NOME

Nato/a \_\_\_\_\_ il

SESSO  M  F

Residente nel Comune  PROV  CAP

Via/Piazza  n.

Telefono fisso

Cellulare  FAX

e-mail  @

**Dati del richiedente se diverso dal destinatario:**

Cognome e nome

C.F.

Residente nel Comune  PROV  CAP

Via/ Piazza  n.

Pal Sc Int

Telefono fisso

Cellulare  FAX

e-mail  @

Il sottoscritto **CHIEDE**

Per se

In qualità di \_\_\_\_\_, (specificare la propria posizione rispetto al destinatario dell'intervento)

di poter accedere ai benefici previsti dal Progetto "Una rete a sostegno del domicilio" in Convenzione fra INPS -Gestione ex INPDAP e A.P.S.P. "IRCR Macerata" e finalizzato all'attivazione di interventi assistenziali a favore di soggetti adulti dipendenti pubblici e pensionati ex INPDAP, i loro coniugi conviventi e i loro familiari di primo grado in condizione di non autosufficienza.

**CHIEDE DI POTER USUFRUIRE**  
**(nell'ambito dello stanziamento individuale previsto dal progetto)**

**dei seguenti Servizi previsti per assistiti:**

- Operatore Socio Sanitario domiciliare per servizi di igiene personale
- Servizio infermieristico domiciliare
- Consegna pasti, spesa e farmaci a domicilio
- Servizio di lavanderia
- Servizio di trasporto
- Attività di telesoccorso
- Day hospital in Centro diurno
- Day hospital in Centro semidiurno
- Ricoveri temporanei di sollievo presso le strutture assistenziali di Macerata e Pollenza
- Eventuale contributo economico mensile da definirsi in base al costo della badante, del modello ISEE e della indennità di accompagnamento

**Il presente progetto mette inoltre a disposizione i seguenti servizi:**

- Consulenza telefonica allo 0733 263026 (dal lunedì al venerdì con orario 9/13)
- Messa in rete di un elenco aggiornato e selezionato di assistenti familiari/badanti
- Corsi di formazione per assistenti familiari/badanti

**DICHIARA**

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

Che il Sig.

.....:

è residente nel Comune di

.....  
 è dipendente pubblico ex INPDAP;

è titolare di pensione ex INPDAP n° iscrizione.....;

è in condizione di non autosufficienza certificata;

non è già beneficiario di altra analoga o di "non adeguata" prestazione assistenziale pubblica;

- conosce e accetta quanto previsto dall'Avviso pubblico per l'attivazione di servizi innovativi e sperimentali in favore di dipendenti o pensionati INPDAP non autosufficienti e loro familiari, previsti dal progetto in Convenzione con INPDAP
- DI ESSERE consapevole che l'autenticità della sottoscrizione delle autocertificazioni e delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono soggette alla disciplina del D.P.R. 445/2000 quanto a modalità e responsabilità conseguenti; qualora le richieste superino i posti al momento disponibili verrà predisposta una graduatoria in base alla Certificazione I.S.E.E. che potrà essere sottoposta ad accertamenti da eseguirsi in collaborazione con il Comando Provinciale della Guardia di Finanza;
- DI ESSERE consapevole che le informazioni assunte dagli Enti in relazione al procedimento sono soggette alle norme sulla riservatezza dei dati e di autorizzare gli Enti al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive( art. 71,72,75 e 76 del D.P.R. 445/200 Testo Unico sulla documentazione amministrativa);

**A tal fine allega:**

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- 2) copia del codice fiscale del richiedente;
- 3) copia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
- 4) copia del codice fiscale del beneficiario;

**RELATIVAMENTE ALLLA DIMOSTRAZIONE DEL REQUISITO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA:**

- ALLEGA alla presente domanda la **certificazione attestante la condizione di non autosufficienza** già rilasciatagli da Commissioni mediche pubbliche ovvero dai servizi sanitari territoriali;

Ovvero:

- RICHIEDE che la propria condizione di non autosufficienza venga valutata dall'Organo preposto alla supervisione del presente progetto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DICHIARA di voler riscuotere, qualora previsto, il contributo erogato in base alla Convenzione con INPDAP per il Progetto Home Care Premium - Una rete a sostegno del domicilio con accredito su conto corrente:

- Postale
- Bancario

COORDINATE IBAN			
CIN	ABI	CAB	n. conto
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Dichiara ,inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento inerente il Progetto in oggetto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Informativa art. 13 D. Lgs. 30.6.2003 n. 196**  
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Inpdap effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71, 72, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). Come stabilito dall'art.43 D.P.R. 445/2000 (Testo Unico sulla documentazione amministrativa) il richiedente può avvalersi della presente dichiarazione sostitutiva oppure indicare l'amministrazione competente e gli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti. In quest'ultimo caso, l'Inpdap rende noto che i termini del procedimento decorreranno dalla data di ricezione delle informazioni stesse.

Il richiedente può sottoscrivere questa richiesta in presenza del funzionario addetto all'autenticazione della firma, oppure, può inviarla, esclusivamente per posta a mezzo raccomandata a/r, firmata e accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art.38, c.1 del D.P.R. 445/2000). Se il documento d'identità non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (Art.45, c.3 del D.P.R. 445/2000).

L'INPS – Gestione ex INPDAP e l' Ente che riceve la presente domanda in qualità di Titolare del trattamento, La informano che tutti i dati personali vengono trattati nel rispetto delle previsioni di legge, per finalità strettamente connesse e strumentali all'erogazione della prestazione da Lei richiesta. Il trattamento dei dati personali avviene anche con l'ausilio di strumenti elettronici, da parte del personale dell'Istituto o di altri soggetti che forniscono specifici servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Istituto stesso. Il trattamento è effettuato nel rispetto dei principi sanciti dall'art.11 del d.lgs.196/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio, in base alla normativa che disciplina la prestazione richiesta, e indispensabile per la definizione del relativo procedimento. I suoi dati personali, ove necessario, potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati fra i quali Istituti previdenziali e assistenziali, Istituti di Credito o Uffici Postali da Lei indicati, organizzazioni che effettuano assistenza legale e fiscale. La informiamo che potrà esercitare i diritti previsti dall'art.7 del d.lgs. 196/2003 con particolare riguardo all'aggiornamento, alla rettifica, all'integrazione dei dati e alla loro cancellazione, trasformazione in forma anonima e blocco. Inoltre, potrà opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano. La informiamo, infine, che per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7, potrà rivolgersi al Direttore dell'Ufficio Inpdap competente alla definizione del procedimento e/o all'erogazione della prestazione, designato, a tale scopo, "Responsabile" pro tempore del trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_