



# Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILIA: COMUNE DI MACERATA

Timbro di arrivo al protocollo  
dell'Ente

All'ATS n° 15 - Comune di \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2014 (Delibera di Giunta Regionale n. 6 del 9 gennaio 2012)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare convivente con l'anziano (indicare parentela: \_\_\_\_\_)
- familiare **non** convivente con l'anziano (indicare parentela \_\_\_\_\_) che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana
- tutore/curatore/amministratore di sostegno

### presenta domanda di Assegno di Cura ANNO 2014

per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)CAP \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_,

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:

### DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO:

1. È residente in uno dei Comuni dell'ATS n.15.
2. Ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura.
3. È stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.
4. Il suo ISEE corrente (**periodo d'imposta 2012**) è di € \_\_\_\_\_ (max € 11.000,00 in caso di anziano non autosufficiente solo, max € 25.000,00 in caso di anziano non autosufficiente residente presso il nucleo familiare).



# Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILIA: COMUNE DI MACERATA

5. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

6. A suo sostegno sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente dalla famiglia:

indicare la persona di riferimento:

Signor/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

da assistente domiciliare privata.

Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

dal servizio assistenza domiciliare comunale

7. Di **non** essere beneficiario dell'intervento economico previsto dal progetto Home care Premium a gestione Inps (ex Inpdap).

8. Che il Medico di medicina generale dell'anziano non autosufficiente è il Dott.

\_\_\_\_\_

9. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

*(es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell'assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, se si è beneficiari di prestazioni economiche da parte del Progetto Home care Premium, ecc).*

## **Allega alla presente:**

attestazione I.S.E.E. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – periodo d'imposta anno 2012;

copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;

copia del verbale di invalidità civile;

copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (all. 1);

Informativa privacy sottoscritta.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)  
MODALITA' DI GESTIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALE**

Il/la sottoscritto/a ....., in relazione alla domanda d'accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti (DGR 6/2012), presentata in qualità di ..... ai sensi dell'art.47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445; consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità di atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e comportano l'applicazione della sanzione penale;

**DICHIARA**

che, per l'anno 2014 per il quale si richiede l'assegno di cura, l'Assistenza h 24 al Sig. /Sig.ra ....., beneficiario/a del contributo richiesto, è organizzata come di seguito riportato:

**Periodo dell'anno** .....

<b>Lunedì</b>	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
<b>Martedì</b>	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
<b>Mercoledì</b>	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
<b>Giovedì</b>	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
<b>Venerdì</b>	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
<b>Sabato</b>	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
<b>Domenica</b>	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....
	Dalle ore ..... alle ore ..... assistente (nome e ruolo) .....

*(se necessario aggiungere altri fogli)*

In Fede.

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

Firma

\_\_\_\_\_



## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

### **Titolari del trattamento**

Comune di Macerata in qualità di ente capofila dell'ATS 15, per l'intera banca dati, i restanti Comuni per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.

### **Responsabile del trattamento**

Coordinatore dell'ATS 15 e i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni.

### **Incaricati**

i dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ATS 15, agli uffici dei Servizi Sociali, ai Servizi Finanziari dei Comuni ATS 15 e al S.I.N.A.

### **Finalità**

i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alla concessione del beneficio richiesto (Artt. 68 e 86, comma 1, lettera c, D.Lgs. 196/03; L 328/2000; L 296/2006), compresi eventuali controlli relativi alla non cumulabilità degli interventi.

### **Modalità**

il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici.

### **Ambito comunicazione**

i dati verranno utilizzati dagli uffici dell'ATS 15 e dai Servizi Sociali dei Comuni dell'ATS 15 e verranno comunicati ai Servizi Finanziari dei Comuni, agli Istituti di Credito, ai Servizi della Regione Marche, agli Enti autorizzati anche per le verifiche in merito ai requisiti. Inoltre potranno essere svolti controlli relativi al progetto Home care Premium con l'Ente gestore di tale progettualità.

### **Obbligatorietà**

il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento.

### **Diritti**

l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed 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 previsti dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, rivolgendosi alle sedi dei Comuni sopraindicati.

### **Inizio e termine del procedimento**

L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda e si concluderà entro 180 giorni.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, preso visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento e alla diffusione dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_