



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia
ENTE CAPOFILA: COMUNE DI MACERATA

Timbro di arrivo al protocollo
dell'Ente

Allegato 1

All'ATS n° 15 - Comune di _____

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2012**
(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009)

Il sottoscritto/a _____
codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____
in via _____ n. _____
telefono _____ cellulare _____

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

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



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia
ENTE CAPOFILA: COMUNE DI MACERATA

3. È stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.

In alternativa: La domanda di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento è stata presentata in data _____ ed è in corso di valutazione.

4. Certificazione L.104/92:

Sì con gravità

Sì senza gravità

No

5. Il suo ISEE corrente (**periodo d'imposta 2010**) è di € _____ (max € 11.000,00 in caso di anziano non autosufficiente solo, € 25.000,00 in caso di anziano non autosufficiente residente presso il nucleo familiare).

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 assunta con regolare contratto

Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____, telefono _____

7. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dott.

8. 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, ecc*)

9. 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.



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia
ENTE CAPOFILIA: COMUNE DI MACERATA

In caso di ammissione a beneficio, il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

- Beneficiario (anziano non autosufficiente)
- Richiedente
- oppure a: Signor/a _____
codice fiscale _____
nato/a a _____ (___) il _____
residente a _____ CAP _____
via _____, n. _____, telefono _____

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 2010
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente
- copia del verbale di invalidità civile
- Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della domanda presentata (se la valutazione è in corso)
- Copia dell'eventuale certificazione di handicap ai sensi della L.104/92
- Dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (all.2)
- Informativa privacy sottoscritta

Luogo, _____

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 982/2009), 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 2012 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

Lunedì	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
Martedì	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
Mercoledì	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
Giovedì	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
Venerdì	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
Sabato	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
Domenica	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione ruolo.....
	Dalle ore	alle ore	assistente (nome).....	definizione 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 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).

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 e agli Enti autorizzati anche per le verifiche in merito ai requisiti.

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