



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 2012**
(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 _____ 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. Ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura,
2. È stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.



Ambito Territoriale Sociale n. 15

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

3. Il suo ISEE corrente (**periodo d'imposta 2011**) 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).
4. 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 _____
5. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dott.

6. 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*)
7. 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.

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 2011;
- Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- Copia del verbale di invalidità civile;
- Copia di documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- 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 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 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 e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
Martedì	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
Mercoledì	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
Giovedì	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
Venerdì	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
Sabato	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
	Dalle ore alle ore assistente (nome e ruolo)
Domenica	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 e 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