



Ambito Territoriale Sociale XVI

All'Ente capofila dell'ATS XVI

**Unione Montana dei Monti Azzurri
Ufficio Promozione Sociale
Via Piave n.12
62026 San Ginesio (MC)**

**DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009 – DGR n. 6/2012)

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
- tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda per il Servizio di Assistenza Domiciliare - anziani non autosufficienti

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 _____ .



Ambito Territoriale Sociale XVI

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

1. Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS XVI
2. Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni
3. Che la situazione economica, calcolata sull'ISEE corrente è di € _____ (relativa all'ultima dichiarazione dei redditi presentata)
4. (*cancellare la dichiarazione non pertinente alla situazione attuale*): Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) non sono in atto interventi assistenziali / Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti: (*compilare solo se sono già presenti interventi assistenziali*)

direttamente dalla famiglia del soggetto

indicare la persona di riferimento:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
CAP _____ via _____

n. _____, telefono _____

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
CAP _____ via _____

n. _____, telefono _____

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
CAP _____ via _____

n. _____, telefono _____

da assistenti domiciliari privati **in possesso di regolare contratto di lavoro.**

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. _____



Ambito Territoriale Sociale XVI

6. Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per anziani non autosufficienti** 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 obbligatoriamente alla presente:

- attestazione ISEE (relativa all'ultima dichiarazione dei redditi presentata) con inclusa dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e dell'anziano;
- documentazione medica del medico curante
- Informativa privacy sottoscritta**

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)



Ambito Territoriale Sociale XVI

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:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso la l'Unione Montana di San Ginesio e l'Ambito Territoriale Sociale XVI, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, ASUR Marche ZT. di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/ Comunità Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all'ATS XVI del contributo regionale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

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

Data _____

IL DICHIARANTE