



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

Allegato 2

AUTODICHIARAZIONE

(da compilare solo se nell'anno 2019 – Bando 2018 – l'anziano era beneficiario dell'assegno di cura)

BANDO ASSEGNO DI CURA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 2019/2020

Il/la sottoscritto/a _____

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 in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
- familiare della persona anziana non autosufficiente
- tutore/curatore/amministratore di sostegno, assistente familiare, che di fatto si occupa della tutela della persona anziana non autosufficiente

DICHIARA CHE:

- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è invariato rispetto l'anno passato;
- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è invariata rispetto l'anno passato;
- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

- l'anziano (beneficiario) non è ospite di una struttura residenziale e domicilia presso:

- Le modalità di pagamento "Assegno di cura anziani non autosufficienti" sono confermate quelle riportate nella domanda di accesso.

IL DICHIARANTE
