



Ambito Territoriale Sociale XVI

Timbro/Protocollo di arrivo dell'Ente
Unione Montana dei Monti Azzurri di
San Ginesio

Allegato 1

All'Ente capofila dell'ATS XVI

**Unione Montana dei Monti Azzurri
Settore V -Ufficio Servizi Sociali
Via Trento e Trieste snc
62026 San Ginesio (MC)**

C.a. Coordinatore dell'ATS XVI

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2020**

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

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 _____



Ambito Territoriale Sociale XVI

(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 (barrare le voci che interessano)

Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS XVI

Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura, è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.

Di usufruire al momento della presentazione della domanda dell'indennità di accompagnamento

che la situazione economica, calcolata sull'ISEE ordinario corrente (*in corso di validità dall'uscita del Bando*) è di € _____ (allegarne copia con relativo DSU).

Di usufruire/Non usufruire, al momento della presentazione della domanda di uno dei seguenti servizi/contributi:

- SAD per anziani non autosufficienti,
- SAD Tradizionale,
- Home Care Premium,
- Disabilità Gravissima
- progetto di Vita Indipendente.

Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente dalla famiglia del soggetto. Indicare la/le persona/e di riferimento:

Signor/a _____ codice fiscale _____ nato/a
a _____ (____) il _____ residente a
_____ CAP _____ via _____
n. _____, telefono _____, grado di parentela _____

Signor/a _____ codice fiscale _____ nato/a
a _____ (____) il _____ residente a
_____ CAP _____ via _____
n. _____, telefono _____, grado di parentela _____



Ambito Territoriale Sociale XVI

- da assistente domiciliare privato **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 _____; Numero UNILAV _____ ore lavorative settimanali _____.

- La sopracitata assistente familiare è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione di _____.
- La sopracitata assistente familiare al momento **non** è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione, pe _____.

- Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dr. _____

- Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura** nel termine di 15 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*).

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.

Che la modalità di riscossione è la seguente (allegare alla domanda copia dell'IBAN):

Riscossione tramite Conto corrente bancario/postale:

IBAN: _____

Presso filiale _____

Allega obbligatoriamente alla presente:

- Attestazione ISEE ordinario, riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.).**
- Copia di un valido documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti.**
- Copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento percepita al momento della consegna della domanda (non sono ammesse a contributo le persone che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o siano state sospese per revisione).** Al riguardo:
- se il verbale di invalidità civile non contiene il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento occorre produrre idonea documentazione attestante tale riconoscimento (es. copia del provvedimento del giudice di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, oppure copia di successiva comunicazione dell'INPS da cui si evince il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento);
 - se il verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento indica un termine per la revisione, è necessario che esso sia successivo alla data di scadenza del presente avviso; in caso contrario andrà prodotta adeguata documentazione relativa al mantenimento della titolarità dell'indennità di accompagnamento prima dell'approvazione della graduatoria definitiva.



Ambito Territoriale Sociale XVI

- Dichiarazione relativa alle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (allegato 2);
- Se l'intervento assistenziale è svolto da un Assistente Familiare, il modello di domanda dovrà inoltre essere corredato da:
- Copia del Contratto di lavoro individuale dell'Assistente Familiare;
 - Documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'Assistente Familiare all'Elenco Regionale gestito dal CPI o dichiarazione attestante la motivazione della mancata iscrizione e l'impegno di iscrizione all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari (DGR 118/2009) gestito c/o i CIOF, Centri dell'Impiego, l'Orientamento e la formazione entro dodici mesi dall'eventuale concessione del beneficio.
- Informativa privacy sottoscritta

Luogo e Data _____

In fede
IL DICHIARANTE



Ambito Territoriale Sociale XVI

Allegato 2

DICHIARAZIONE
RELATIVA ALLE MODALITA' DI GESTIONE DELL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE EROGATA
NELL'ARCO DELLE 24 ORE

BANDO ASSEGNO DI CURA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 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:

L'assistenza verso il/la Sig./Sig.ra _____ nell'arco delle 24 ore viene erogata nella seguente modalità:

- da parte di uno o più familiari
dalle ore _____ alle ore _____
mansioni svolte per conto e verso la cura dell'anziano:

Eventuali note _____

- da parte di un assistente familiare privato
dalle ore _____ alle ore _____
mansioni svolte per conto e verso la cura dell'anziano:

Eventuali note _____

In fede
IL DICHIARANTE