



**Comunità Montana  
dei Monti Azzurri**  
il territorio dei piccoli incanti

Timbro di arrivo al protocollo dell'Ente

**Allegato 1**

**All'Ente capofila dell'ATS XVI**

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

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA  
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2011**

(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 \_\_\_\_\_

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*:

- ☐ persona anziana in situazione di non autosufficienza
- ☐ familiare convivente con l'anziano
- ☐ familiare non convivente con l'anziano
- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio 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 \_\_\_\_\_

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Via Piave, n°12 – 62026 San Ginesio MC – Tel. 0733 – 656336 Fax 0733 – 656429 -mail:ambitoXVI@montiazzurri.it



**Comunità Montana  
dei Monti Azzurri**  
il territorio dei piccoli incanti

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**

1. Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS XVI
2. 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.
3. che la situazione economica, calcolata sull'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).
4. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

☐ 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 \_\_\_\_\_

Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_



**Comunità Montana  
dei Monti Azzurri**  
il territorio dei piccoli incanti

5. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dott. \_\_\_\_\_
6. Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura** 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 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 fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;**
- ☐ **Dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (allegato 2)**
- ☐ **Informativa privacy sottoscritta**

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)



**Comunità Montana  
dei Monti Azzurri**  
il territorio dei piccoli incanti

## 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 Comunità Montana 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

---



**Comunità Montana  
dei Monti Azzurri**  
il territorio dei piccoli incanti

**Allegato 2**

**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 985/2009), 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** verso il beneficiario sig./sig.ra\_\_\_\_\_ sarà effettuata dal:

- ☐ Coniuge;
- ☐ Figli;
- ☐ Familiari entro il quarto grado;
- ☐ Assistente familiare privata;
- ☐ Altro (\_\_\_\_\_).



**Comunità Montana  
dei Monti Azzurri**  
il territorio dei piccoli incanti

Con la seguente suddivisione settimanale:

| Giorni  | Orario di assistenza            | Nominativo assistente(coniuge, figlio,assistente privato...) |
|---------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Lunedì  | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |
| Martedì | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br>_____                                         |



**Comunità Montana**  
**dei Monti Azzurri**  
 il territorio dei piccoli incanti

|           |                                 |                             |
|-----------|---------------------------------|-----------------------------|
|           |                                 |                             |
| Mercoledì | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |
|           | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |
|           | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |
|           | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |
| Giovedì   | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |
|           | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |
|           | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |
|           | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome:<br>_____<br><br>_____ |



**Comunità Montana  
dei Monti Azzurri**  
il territorio dei piccoli incanti

|         |                                 |                         |
|---------|---------------------------------|-------------------------|
|         |                                 |                         |
| venerdì | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |
| Sabato  | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |
|         | Dalle ore.....<br>alle ore..... | Nome: _____<br><br><br> |



La suddetta modalità organizzativa di assistenza dovrà essere mantenuta e garantita per tutto l'anno salvo eventuali modifiche che dovranno essere comunicate entro 30 giorni all'Assistente sociale Dott.ssa Catia Zacconi tramite fax al n.0733.656429 o tramite posta Ambito territoriale sociale XVI Via Piave n.12 62026 San Ginesio – Ufficio di promozione sociale.

Luogo e data \_\_\_\_\_