

**ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N° 3
Punto Unico di Accesso
UNIONE MONTANA CATRIA E NERONE
VIALE DELLA VITTORIA N. 3
61043 CAGLI (PU)**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI - Anno 2018**

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/familiare che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA

per il/la Sig. _____
 codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____ (____)
 il _____ residente a _____ (____) CAP _____
 in via _____ n. _____, telefono _____

Il sottoscritto è' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA CHE LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

1. è residente in uno dei Comuni dell'ATS n. 3 (Acqualagna, Apecchio, Cagli, Cantiano, Piobbico, Frontone, Serra S. Abbondio);
2. che lo stato di famiglia è composto, oltre che dall'anziano non autosufficiente, dalle seguenti persone:

 (cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

 (cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

 (cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

 (cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

3. ha compiuto/compirà 65 anni entro la data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso agli assegni di cura;

4. è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.;
5. che la situazione economica, calcolata sull'ISEE ordinario (DSU) in corso di validità è pari ad € _____
6. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente da un familiare di cui vengono indicate di seguito le generalità:

Signor/a _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____ (____)

il _____ residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

da assistente domiciliare privato in possesso di regolare contratto di lavoro, le cui generalità sono le seguenti:

Signor/a _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____ (____)

il _____ residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

7. Che il Medico di medicina generale dell'anziano è il Dott. _____

Si impegna 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 struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo, residenza, domicilio, cambiamento della persona di riferimento, dell'assistente familiare, variazioni modalità di riscossione, ecc).

Dichiara di essere consapevole che l'attestazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli della Guardia di Finanza.

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E.** (del nucleo familiare dell'anziano) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica - in corso di validità;
- copia di un valido documento di riconoscimento** dell'anziano non autosufficiente e in caso di altro richiedente anche copia del documento di quest'ultimo;
- copia del regolare contratto individuale di lavoro** dell'assistente familiare/colf e ultimo versamento effettuato all'INPS;
- copia del verbale di invalidità civile e accompagnamento;**
- dichiarazione attestante le modalità di **gestione della assistenza;**
- codice IBAN** intestato all'anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso.

Luogo e data _____ / ____ / _____

IL DICHIARANTE

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 "Ambito Territoriale Sociale" 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 l'Unione Montana del Catria e Nerone e presso ATS n. 3, 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. 328/15 e 1499/17.
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. 1499/17. 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 dell'Unione Montana del Catria e Nerone e dell'ATS n. 3, titolari 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 n. 3 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 _____

.....

MODALITA' DI PAGAMENTO

Anziano beneficiario

Il/La sottoscritto/a _____,
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____
() il _____ residente a _____
() CAP _____ in via _____ n. _____,
telefono _____
in qualità di: _____

chiede che la liquidazione dell'assegno, qualora ne risulti beneficiario, venga effettuato a:

me medesimo

mediante:

- Conto Corrente postale intestato a me medesimo o cointestato

IBAN _____

- Conto Corrente bancario intestato a me medesimo o cointestato

IBAN _____

Banca _____ Agenzia di _____

Via _____

- Assegno circolare non trasferibile intestato a me medesimo

- Rimessa diretta (presso qualsiasi filiale del Gruppo UBI Banca)

ovvero

al Sig. _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____

() il _____ residente a _____

() CAP _____ in via _____ n. _____,

telefono _____ mediante:

rimessa diretta (presso qualsiasi filiale del Gruppo UBI Banca)

Luogo e data _____ / ____ / _____

IL BENEFICIARIO

(firma leggibile)

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

MODALITA' DI PAGAMENTO
Amministratore di sostegno o Tutore- con decreto del Giudice Tutelare

Il/La sottoscritto/a _____,
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a a _____
() il _____ residente a _____
() CAP _____ in via _____ n. _____,
telefono _____ in qualità di:

- amministratore di sostegno (allegare documentazione giustificativa)
- tutore (allegare documentazione giustificativa)

del Sig. _____ beneficiario dell'assegno di cura

chiede che la liquidazione dell'assegno, qualora ne risulti beneficiario, venga effettuata:

mediante:

- Conto Corrente postale intestato al Sig. _____ (beneficiario)
IBAN _____
- Conto Corrente bancario intestato al Sig. _____ (beneficiario)
IBAN _____
Banca _____ Agenzia di _____
Via _____
- Assegno circolare non trasferibile intestato al beneficiario
- Rimessa diretta a me medesimo (presso qualsiasi filiale del Gruppo UBI Banca)

Luogo e data _____ / _____ / _____

L'Amministratore di Sostegno/Tutore
DEL BENEFICIARIO

(firma leggibile)

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.