

OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - 9^a ANNUALITA'.

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____
tel. 1 _____ tel. 2 _____ cell. _____

in qualità di:

soggetto non autosufficiente riconosciuto invalido al 100% e in possesso di indennità di accompagnamento;

familiare del sig./sig.ra _____ invalido al 100% in possesso di indennità di accompagnamento
nato/a _____ il _____ Residente a _____
Via _____ n. _____ tel. 1 _____ tel. 2 _____
cell. _____

esercente la potestà o tutela per il sig./sig.ra _____ invalido al 100% in possesso di indennità di accompagnamento
nato/a _____ il _____ Residente a _____
Via _____ n. _____ tel. 1 _____ tel. 2 _____
cell. _____

Il sottoscritto dichiara inoltre :

di essere stato beneficiario dell'assegno di cura 8^a Annualità;

in caso di richiedente diverso dal beneficiario

che il sig./sig.ra _____ è stato beneficiario dell'assegno di cura 8^a annualità;

di essere stato inserito nella graduatoria della 8^a Annualità, ma di non aver beneficiato dell'Assegno di cura;

in caso di richiedente diverso dal beneficiario

che il sig./sig.ra _____ è stato inserito nella graduatoria della 8^a Annualità, ma non ha beneficiato dell'Assegno di cura;

CHIEDE
di poter accedere al contributo "assegno di cura" 9^a annualità per anziani non autosufficienti.

DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

- di avere compiuto 65 anni di età;
- che compirà 65 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
- di possedere certificazione di invalidità pari al 100% riconosciuta dalla competente Commissione Sanitaria in data _____ e di usufruire di assegno di accompagnamento;
- che le funzioni assistenziali vengono svolte presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato direttamente da un familiare;
- che le funzioni assistenziali vengono svolte presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato con l'ausilio di un'assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro;
- di essere in possesso di attestazione I.S.E.E. Sociosanitario;
- DI ESSERE consapevole che le informazioni assunte dagli Enti in relazione al procedimento sono soggette alle norme sulla riservatezza dei dati e di autorizzare gli Enti al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003;
- DI ESSERE consapevole che l'autenticità della sottoscrizione delle autocertificazioni e delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono soggette alla disciplina del D.P.R. 445/2000 quanto a modalità e responsabilità conseguenti;
- DI ESSERE consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici stabiliti con provvedimento, eventualmente emanato, sulla base delle dichiarazioni non veritiere (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

DI ALLEGARE ALLA DOMANDA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Attestazione I.S.E.E. Sociosanitario, in corso di validità e secondo la normativa vigente (DPCM n.159 del 5/12/2013);
- copia del verbale di invalidità civile attestante sia la certificazione di invalidità pari al 100% sia il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- altra idonea documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (es. *copia del provvedimento del giudice di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, oppure copia disuccessiva comunicazione dell'INPS da cui si evince il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento*);
- copia del contratto dell'assistente domiciliare privata ;
- copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario , se diverso dal richiedente.

FIRMA

Luogo e data _____

Informativa art. 13 D. Lgs. 30.6.2003 n. 196
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

I Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIII (Camerano, Castelfidardo, Loreto, Numana, Offagna, Osimo, Sirolo), previamente informano i cittadini in ordine al trattamento dei dati personali conferiti con la presente domanda, riguardanti il richiedente e i soggetti appartenenti al nucleo familiare dello stesso (I.S.E.E. Sociosanitario), o comunque acquisiti dall'ente per gli adempimenti connessi al procedimento in oggetto.

| | |
|---------------------------------|--|
| Finalità del trattamento | Conferimento di assegni di cura, di cui alla D.G.R.M. 1499/2017, rivolti ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti che usufruiscono di funzioni assistenziali da parte dei familiari, anche non conviventi, o da parte di assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro. I dati conferiti saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria, definizione ed archiviazione dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse al procedimento. |
| Normativa di riferimento | L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"- L.R. 32/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia" Delibera Giunta Regione Marche n° 1499/2017. |
| Co-Titolari | COMUNI dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIII (Camerano, Castelfidardo, Loreto, Numana, Offagna, Osimo, Sirolo) nelle rispettive sedi. |
| co-Responsabili del trattamento | Dirigenti e/o Responsabili preposti ai Servizi Sociali dei Comuni dell'ATS n. XIII il Coordinatore e l'Ufficio di Staff dell'Ambito Territoriale Sociale XIII, i cui recapiti sono individuati nel Bando pubblicato. |
| Incaricati | Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, per esigenze organizzative, ai Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale XIII che ricevono ed istruiscono le istanze, nonché il personale dell'Ufficio di Coordinamento dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIII. |
| Modalità | Il trattamento: viene effettuato sia con strumenti cartacei sia in via informatica. |
| Ambito comunicazione | I dati verranno utilizzati dai Servizi Sociali dei Comuni dell'A.T.S. n. XIII e dall'Ufficio di Coordinamento dello stesso A.T.S. n. XIII. Sono, inoltre, comunicati alla Regione Marche e al Ministero Finanze, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti dichiarati per accedere al beneficio. I dati verranno inoltre comunicati all'Istituto di credito per l'emissione dell'assegno relativo al contributo di cui trattasi, in favore dei beneficiari. |
| Obbligatorietà | Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; in caso di mancato conferimento dei dati la conseguenza è la sospensione del procedimento. |
| Diritti | L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D. Lgs. n. 196/2003 rivolgendosi al Comune di residenza in cui ha presentato la Domanda ovvero all'Ambito Territoriale Sociale n. XIII. |

IL FUNZIONARIO DELEGATO
EX ART. 17 D.LGS 165/2001
F.to DOTT.SSA ALESSANDRA CANTORI