

Timbro di arrivo/protocollo

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI.....

**DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – ASSEGNO DI CURA – ANNUALITA' 2018**

(Del. Comitato dei Sindaci n.2 del 16/02/2018)

Il/La sottoscritto/a
Codice Fiscale
nato/a il a
residente a
via n. Tel.

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza, secondo quanto definito nell'Avviso Pubblico
oppure;
- familiari (parenti entro il 4° grado e affine entro il 2°) che accolgono l'anziano nel proprio nucleo o che si prenderanno cura dello stesso anche non convivente;
- soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente per il/la sig./sig.ra.....
..... persona anziana in situazione di non autosufficienza nato/a il
a.....residente in.....via.....n.
.....Tel

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura per l'assegnazione dell'Assegno di Cura – annualità 2018 – in favore di anziani non autosufficienti.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà soggetto alla conseguenza di cui al Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che il/la sottoscritto/a o la persona anziana in situazione di non autosufficienza:

- è residente nel Comune di _____;

è residente nel Comune di _____ ma domiciliato nel Comune di _____ (confinante con la Regione Marche);

ha compiuto/compirà il 65° anno di età entro il 30/03/2018;
 è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione attestante l'indennità di accompagnamento, certificato di iscrizione n. _____ rilasciato il _____;

usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:

- a) direttamente da un familiare;
- b) con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico;

non usufruisce delle prestazioni afferenti al Progetto "Home Care Premium – INPS " - Gestione Ex INPDAP;

non usufruisce del servizio di assistenza domiciliare SAD erogato dal Comune;

non usufruisce del Centro Diurno Alzheimer superiore a tre giorni settimanali;

non usufruisce degli interventi di assistenza domiciliare indiretta per i soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità";

non risiede in una Struttura Residenziale;

non usufruisce di alcun intervento per il riconoscimento del lavoro di cura dei caregivers attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da SLA.

possiede dichiarazione I.S.E.E. Ordinario - Attestazione I.S.E.E. completa di dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.), redditi percepiti nell'anno d'imposta 2016, di €

CHIEDE ALTRESI':

che l'eventuale contributo economico venga erogato con accredito sul seguente conto corrente bancario o postale.

CIN INTERNAZ.		CIN	ABI			CAB			N. CONTO CORRENTE																

N.B.

- al fine di facilitare la procedura di erogazione dell'eventuale assegno è consigliabile allegare il codice IBAN in formato stampato;
- **non è consentito l'accredito su libretto postale ;**
- qualsiasi variazione relativa al conto corrente deve essere formalmente comunicata tempestivamente al Ambito Territoriale Sociale – ATS VI sito in via Sant'Eusebio n. 32 - Fano, in caso contrario eventuali commissioni bancarie saranno a carico del beneficiario del contributo.

DICHIARA INFINE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati - Informativa D.Lgs. 196/03 art.13 - fornita con l'Avviso Pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa.

Allega alla presente:

- copia di un valido documento di riconoscimento e codice fiscale dell'anziano potenziale beneficiario

- dell'assegno di cura e del richiedente;
- copia della certificazione dell'invalidità civile pari al 100% attestante l'indennità di accompagnamento;
- copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare (*);
- altro - (*specificare*)

(*) L'assistente familiare dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) l'impegno formale ad iscriversi all'*Elenco regionale degli Assistenti familiari* gestito c/o i CIOF Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione entro dodici mesi dalla concessione del beneficio.

Il /La Dichiarante

_____ (firma per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R 445/2000 vengono di seguito indicate le modalità di invio o presentazione della domanda:

In caso di presentazione o invio dell'istanza già sottoscritta, unire copia fotostatica non autenticata di documento di identità in corso di validità

Oppure

in caso di sottoscrizione apposta in presenza del dipendente addetto.

Attesto che la su estesa firma è stata apposta in mia presenza dal/la Signor/ra

Documento di riconoscimento

Fano li _____

Il dipendente addetto

Informativa D.Lgs. 196/03 art.13 (privacy)

Titolari del trattamento: Comune di Fano in qualità di Ente Capofila dell'ATS n. 6 per l'intera banca dati, i restanti Comuni per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.

Responsabili del trattamento: Coordinatore ATS6 per la banca dati di tutto l'ATS6 ed i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni.

Incaricati: I dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ATS. n. 6 e gli uffici dei Servizi Sociali dei Comuni.

Finalità: I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alla concessione del beneficio richiesto (Artt. 68 e 86, comma 1, lettera c, D.Lgs. 196/03; L 328/2000; L 296/2006).

Modalità: Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici.

Ambito comunicazione I dati verranno utilizzati dagli uffici dell'ATS n. 6 e dai Servizi Sociali dei Comuni e verranno comunicati ai Servizi Finanziari del Comune di Fano, agli Istituti di Credito, ai Servizi della Regione Marche e agli Enti autorizzati anche per le verifiche in merito ai requisiti.

Obbligatorietà: Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento.

Diritti: L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsti dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, rivolgendosi alla sede del Comune di residenza.

Sito: www.ambitofano.it

Informativa Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/05 art. 8

Amministrazioni competenti: Comuni di: *Comuni di Fano ente capofila ATS 6, Fratte Rosa, Mondavio, Mondolfo, Monteporzio, Pergola, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Terre Roveresche.*

Oggetto del procedimento Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20/04/2015 concernente: *Approvazione delle modalità di utilizzo e dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze.*

Responsabile del procedimento: Per la fase relativa alla ricezione e all'ammissione delle domande, il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di residenza;

Per la fase relativa alla predisposizione della graduatoria e agli adempimenti successivi, il Coordinatore dell'ATS, in qualità di ente capofila dell'ATS 6.

Inizio e termine del procedimento L'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso il Servizio Protocollo dei Comuni, della presente domanda; i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di scadenza del bando.

Inerzia dell'Amministrazione: Decorso i termini sopraindicati, l'interessato potrà attivarsi ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall'amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricorso al TAR nei termini di legge.

Ufficio: in cui si può prendere visione degli atti c/o il Servizio Sociale del Comune di residenza e Ufficio di coordinamento dell'ATS 6 negli orari di apertura al pubblico con le modalità prevista dagli artt. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/05.