

ALLEGATO A **MODULO di DOMANDA**

ALL'UNIONE MONTANA DEL MONTEFELTRO
ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 5
P.ZZA CONTI N.1 - 61021 CARPEGNA (PU)

DOMANDA per l'ACCESSO all'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNO 2026
di cui alla DGR 848/2024

Il sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) CAP _____

In Via _____ n. _____, Telefono _____

Cellulare _____ e-mail _____

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 o soggetto delegato (in tal caso allegare apposito modello All. B);
- ☐ Tutore/curatore/amministratore di sostegno dell'anziano non autosufficiente (in tal caso allegare il decreto di nomina);

presenta domanda di Assegno di Cura per

☐ me medesimo

☐ il/la Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) CAP _____

In Via _____ n. _____, Telefono _____

Cellulare _____ e-mail _____

(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**1. Che il soggetto non autosufficiente (*barrare la voce che interessa*):**

- ☐ è residente e domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS n.5, oppure domiciliato in Comune confinante appartenente ad altra Regione;
- ☐ 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%;
- ☐ ha ricevuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

2. Che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente -ISEE è pari a € _____, oppure, nel caso in cui l'ISEE non sia stato ancora rilasciato dall'INPS, viene consegnata la dichiarazione sostitutiva unica (DSU).**3. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente sono in atto interventi assistenziali gestiti: (*barrare la voce che interessa*):**

- ☐ direttamente dalla famiglia del soggetto. Indicare la persona di riferimento, che di fatto si occupa dell'anziano e che sarà chiamata a sottoscrivere il "patto" di assistenza:

Sig/Sig.ra _____ grado di parentela _____

codice fiscale _____ nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____ via _____ n. _____,

telefono _____ cell: _____ e.mail: _____

- ☐ da assistenti domiciliari privati (badante). Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Sig/Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____

CAP _____ via _____ n. _____, telefono _____

cell: _____ e.mail: _____

Si allega la seguente documentazione prevista dal bando:

- Denuncia di iscrizione all'INPS
- Lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"
- Ultimo versamento INPS effettuato
- una copia della documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'assistente familiare all'Elenco Regionale gestito dai CIOF o dichiarazione attestante che l'adempimento sarà garantito entro 12 mesi dalla concessione del contributo

4. Che il Medico di medicina generale dell'anziano è Dott./Dott.ssa _____**5. Che il soggetto non autosufficiente:**

- ☐ non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
- ☐ non usufruisce degli interventi derivanti dal progetto "Home Care Premium" dell'INPS;
- ☐ non percepisce il contributo per l'intervento di "Disabilità gravissima" derivante dal bando di cui al Fondo nazionale per la non autosufficienza;

- ☐ non usufruisce degli interventi relativi al progetto "Vita Indipendente";
- ☐ Nel caso in cui il soggetto non autosufficiente risulti beneficiario di uno degli interventi ai punti precedenti, lo stesso si impegna a rinunciare all'assegno di cura di cui alla presente istanza, o agli interventi concessi.

6. Di impegnarsi 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 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 L'Ente eseguirà tutti i controlli necessari, sulle informazioni autodichiarate e provvederà ad ogni adempimento conseguente la non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. In tal caso oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, verrà altresì revocata anche l'assegnazione dell'assegno di cura.

8. In caso di ammissione a beneficio chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata:

- ☐ all'anziano non autosufficiente (il richiedente)
con la seguente modalità *(barrare con una X la casella che interessa e compilare le parti in bianco)*:

☐ **A mezzo bonifico su conto corrente bancario** Intestato all'anziano non autosufficiente (il richiedente)

☐ **Allegare copia del codice IBAN**

☐ **A mezzo bonifico su carta prepagata n.** _____

Intestato all'anziano non autosufficiente (il richiedente)

☐ **Codice IBAN in allegato**

☐ Alla persona appositamente delegata dall'anziano (allegare apposito modello Allegato D)

☐ Tutore/curatore/amministratore di sostegno che si occupa dell'anziano non autosufficiente: Allegare decreto di nomina

con la seguente modalità *(barrare con una X la casella che interessa e compilare le parti in bianco)*:

☐ **A mezzo bonifico su conto corrente bancario** Intestato a _____

CF: _____

Residente in via _____

Comune di _____

☐ **Copia del codice IBAN in allegato**

☐ **A mezzo bonifico su carta prepagata Numero :** _____

Intestata a _____ CF: _____

Residente in via _____

Comune di _____

☐ **Codice IBAN in allegato**

Si precisa che il contributo viene versato su IBAN di CONTO CORRENTE (bancario o carta prepagata) e NON SARA' POSSIBILE PROCEDERE con l'erogazione del contributo ai soggetti titolari di CONTO CORRENTE POSTALE ASSOCIATO A LIBRETTO.

Qualsiasi variazione relativa al conto corrente deve essere formalmente e tempestivamente comunicata. In caso contrario eventuali commissioni bancarie saranno a carico del beneficiario del contributo.

Allega alla presente:

- ☐ delega alla presentazione dell'istanza (Allegato B)
- ☐ attestazione I.S.E.E. oppure Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) nel caso in cui l'attestazione non sia stata rilasciata dall'INPS;
- ☐ autocertificazione stato di famiglia (Allegato C);
- ☐ delega alla riscossione (Allegato D);
- ☐ copia verbale indennità di accompagnamento;
- ☐ copia di un valido documento di riconoscimento di chi sottoscrive l'istanza (DPR 445/2000);
- ☐ copia di un valido documento di riconoscimento della persona anziana (qualora non coincidente con la persona richiedente);
- ☐ **fotocopia codice IBAN per accredito contributo**
- ☐ Nel caso in cui l'intervento di assistenza venga effettuato tramite assistente familiare (badante):
 - denuncia di iscrizione all'INPS
 - lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"
 - Ultimo versamento INPS effettuato
 - copia della documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'assistente familiare all'Elenco Regionale gestito dai CIOF o dichiarazione attestante che l'adempimento sarà garantito entro 12 mesi dalla concessione del contributo
- ☐ Altro _____

Luogo, _____ Data _____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di carattere personale di cui si entrerà in possesso, le forniamo le seguenti informazioni:

TITOLARE TRATTAMENTO	Unione Montana del Montefeltro con sede in Carpegna, via Amaducci, n.34, c.f./P.Iva 02566100414, e-mail serv.sociali@unionemontana.montefeltro.pu.it , pec: ats5montefeltro@emarche.it , tel 0722/727003, in qualità di ente capofila dell'ATS 5, è titolare del trattamento dell'intera banca dati. I Comuni dell'ATS 5 sono singolarmente titolari del trattamento per la banca dati dei propri cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI(DPO)	Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) è raggiungibile al seguente indirizzo ASMEL Associazione, Via Cattaneo, 9, 21013 – Gallarate (VA) , mail: servizio.dpo@asmel.eu pec asmel@asmelpec.it
FINALITA'	I dati forniti mediante la compilazione di apposita domanda verranno trattati allo scopo di verificare i requisiti di accesso al contributo e/o al servizio, nonché per la loro erogazione.
BASE GIURIDICA	Il conferimento dei suoi dati personali è necessario per adempiere agli obblighi di legge indicati nel presente avviso/bando. La domanda contempla anche la raccolta di dati appartenenti a categorie particolari (es. dati relativi alla salute). Il loro trattamento si rende necessario per motivi di interesse pubblico rilevante, quale è l'attività socio-assistenziali (art.2 sexies D.lgs.196/03), pertanto non verrà richiesto il suo consenso al trattamento.
NATURA CONFERIMENTO DATI	Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, quindi per poter dar seguito alla domanda presentata dall'interessato. Il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto l'esclusione dal procedimento oggetto dell'Avviso.
MODALITA'	I dati saranno trattati prevalentemente con strumenti informatici al fine di memorizzare, gestire, trasmettere i dati stessi nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi, anche in conformità alla legge ed ai provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali.
AMBITO COMUNICAZIONE	I dati verranno comunicati al personale autorizzato dell'Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell'ATS 5 e al personale autorizzato dei Comuni dell'ATS 5, espressamente e specificamente designati in qualità di autorizzati appositamente istruiti. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che partecipano al procedimento amministrativo. Possono essere comunicati alla Regione Marche ed eventualmente all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo e/o al servizio. I dati verranno comunicati all'istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi.
PERIODO/CRITERI DI CONSERVAZIONE	I suoi dati personali potranno essere cancellati esclusivamente nei termini previsti dalla vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione
DIRITTI DEGLI INTERESSATI	Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Unione Montana del Montefeltro, nei casi previsti e per quanto concerne i trattamenti oggetto della presente Informativa, l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o limitazione del trattamento che li riguarda, la portabilità o di opporsi al trattamento (artt.15 e ss. Reg. UE 2016/679). L'apposita istanza è presentata contattando l'Unione Montana del Montefeltro all'indirizzo di posta elettronica serv.sociali@unionemontana.montefeltro.pu.it , oppure alla pec: ats5montefeltro@emarche.it , mettendo in conoscenza il Responsabile della protezione dei dati ASMEL Associazione pec: asmel@asmelpec.it specificando nell'oggetto "Privacy".
DIRITTO DI RECLAMO	Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8

AMMINISTRAZIONE COMPETENTE	Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell'ATS 5 per la fase relativa alla predisposizione della graduatoria e agli adempimenti successivi e i restanti Comuni dell'ATS 5 per la parte di propria competenza.
OGGETTO DEL PROCEDIMENTO	Interventi a favore delle persone anziane Non autosufficienti DGR n. 848/2024
RESPONSABILE PROCEDIMENTO	Resp. Del servizio sociale dell'Unione Montana del Montefeltro - Coordinatore dell'ATS.
INIZIO E TERMINE DEL PROCEDIMENTO	L'avvio del procedimento decorre dalla data di scadenza dell'avviso; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 30 giorni
INERZIA DELL'AMMINISTRAZIONE	Decorsi 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 ricordo al TAR nei termini di legge.
UFFICIO IN CUI SI PUO' PRENDERE VISIONE DEGLI ATTI	Ufficio dell'ATS 5 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 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dall'Unione Montana del Montefeltro.

Data _____

IL DICHIARANTE
