

DOMANDA DI ACCESSO
ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2013
(Deliberazione di Giunta Regionale n.6 del 09 gennaio 2012)

Il sottoscritto/a
nato/a a il
residente a CAP via n.....
(*indicare solo se diverso dalla residenza*)
domiciliato a CAP
via n..... Tel.

in qualità di:

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare (entro il 4° grado e affine entro il 2°)
- soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno)

PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA

per il/la sig./sig.ra persona anziana non autosufficiente
nato/a a il
residente a CAP via n.....
Codice Fiscale Tel.
(*indicare solo se diverso dalla residenza*)
domiciliato a CAP
via n..... Tel.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

1. è residente in uno dei Comuni dell'ATS 21;
2. ha compiuto/compirà il 65° anno di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
3. è stato/a dichiarato/a non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100% ed usufruisce di indennità di accompagnamento;
4. usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:
 - direttamente da un familiare

Ufficio di Coordinamento

Sede operativa: : viale De Gasperi, 124 63074 San Benedetto del Tronto Telefono 0735.794341 Fax 0735.794553

ambito21@comunesbt.it www.comunesbt.it/ambitosociale21

- con l'aiuto di assistente familiare privata, in possesso di regolare contratto di lavoro
 - con l'aiuto di assistente domiciliare fornita da un ente privato
5. ha come Medico di medicina generale il Dott.....;
6. ha già percepito negli anni scorsi l'assegno di cura : SI NO
7. ha un valore ISEE riferito all'anno di imposta 2012 pari a € _____,___ come dalla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà rilasciata in data ___/___/___ dal CAF _____ con sede in _____, con scadenza ___/___/_____. Nel caso di beneficiari che appartengono a nuclei familiari in cui almeno uno dei componenti presenta il modello Unico per la dichiarazione dei redditi 2013, il richiedente dovrà integrare la documentazione con l'autodichiarazione ISEE di cui all'allegato E **entro e non oltre il 31 luglio 2013.**
8. non è attualmente ricoverato in una struttura residenziale sociale o sanitaria prevista dalle LR 20/2002 e LR 20/2000 (casa di riposo, residenza protetta, RSA): SI NO
9. è ricoverato presso una struttura residenziale, ma si impegna a rientrare in famiglia in caso di ammissione al beneficio: SI NO
- usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare (SAD): SI NO
11. si impegna a comunicare 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, etc.)

DICHIARA INOLTRE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita con il bando pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Allega alla presente:

- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia del verbale di invalidità civile 100% con riconoscimento di indennità di accompagnamento;
- copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare e copia dell'ultimo bollettino INPS;
- dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (Allegato D al bando integrale).
- nel caso di beneficiari che appartengono a nuclei familiari in cui almeno uno dei componenti presenta il modello Unico per la dichiarazione dei redditi 2013, integrare la documentazione alla domanda già presentata, entro e non oltre il 31 luglio 2013) con **autodichiarazione I.S.E.E.** (Allegato E al bando integrale).

N.B. La dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Data _____

Il richiedente

Ufficio di Coordinamento

Sede operativa: : viale De Gasperi, 124 63074 San Benedetto del Tronto Telefono 0735.794341 Fax 0735.794553

ambito21@comunesbt.it www.comunesbt.it/ambitosociale21

Titolari del trattamento

Comune di San Benedetto del Tronto in qualità di ente capofila dell'ATS 21, per l'intera banca dati, i restanti Comuni Acquaviva Picena, Carassai, Cossignano, Cupra Marittima, Grottammare, Massignano, Monsampolo del Tronto, Montalto delle Marche, Montefiore dell'Aso, Monteprandone, Ripatransone, per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.

Responsabile del trattamento

Coordinatore dell'ATS 21, per la banca dati di tutto l'ATS 21, incluso San Benedetto del Tronto e i Responsabili dei Servizi Politiche Sociali dei restanti Comuni.

Incaricati

I dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ATS 21, agli uffici dei Servizi Politiche Sociali e ai Servizi Finanziari 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, in particolare verrà utilizzato il Sistema Informativo per la Non Autosufficienza – SINA.

Ambito comunicazione

I dati verranno utilizzati dagli uffici dell'ATS 21 e dai Servizi Politiche Sociali dei Comuni dell'ATS 21 e verranno comunicati ai Servizi Finanziari dei Comuni, agli Istituti di Credito, ai Servizi della Regione Marche e agli Enti autorizzati anche per le verifiche in merito ai requisiti.

Per il Comune di San Benedetto del Tronto la tipologia di dati e di operazioni eseguibili è prevista dal Regolamento tutela dati personali approvato dal Commissario Straordinario con atto n. 169/2006, ai sensi degli artt. 20 e 21 del D. Lgs. 196/03.

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 alle sedi dei Comuni sopraindicati.

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

Amministrazioni competenti

Comuni di: San Benedetto del Tronto, Acquaviva Picena, Carassai, Cossignano, Cupra Marittima, Grottammare, Massignano, Monsampolo del Tronto, Montalto delle Marche, Montefiore dell'Aso, Monteprandone, Ripatransone.

Oggetto del procedimento

Delibera di Giunta Regionale n.6 del 9 gennaio 2012 concernente: "Approvazione delle modalità di utilizzo e dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze".

Responsabili del procedimento:

per il Comune di Acquaviva Picena, Cristina Rubicini

per il Comune di Carassai, Gianna Angelini

per il Comune di Cossignano, Gabriella Pieramici

per il Comune di Cupra Marittima, Melissa Ascani

per il Comune di Grottammare, Giovanni Tosti

per il Comune di Massignano, Antonio Ricci

per il Comune di Monsampolo del Tronto, Tullia Maria Binni

per il Comune di Montalto delle Marche, Marinella Fiorenza

per il Comune di Montefiore dell'Aso, Stefano Ciuti

per il Comune di Monteprandone, Cristina Ceroni

per il Comune di Ripatransone, Ivana Tommasi

per il Comune di San Benedetto del Tronto, Antonio Rosati

per l'Ambito Territoriale Sociale 21, Antonio De Santis

per il Distretto di San Benedetto del Tronto - Area Vasta 5 dell'ASUR Marche, Giovanna Picciotti.

Inizio e termine del procedimento

L'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento di tutte le domande complete presso l'Ufficio di Coordinamento dell'ATS 21; i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 90 giorni dalla data di approvazione della graduatoria..

Inerzia dell'Amministrazione

Decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà adire direttamente il Giudice Amministrativo (T.A.R. Marche) finché perdura l'inadempimento e comunque non oltre un anno dalla scadenza dei termini di conclusione del procedimento.

Uffici in cui si può prendere visione degli atti

Servizi Politiche Sociali dei Comuni di rispettiva residenza, 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.

Consenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto, presa 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.n.196/03.

Data _____

IL DICHIARANTE

Ufficio di Coordinamento

Sede operativa: : viale De Gasperi, 124 63074 San Benedetto del Tronto Telefono 0735.794341 Fax 0735.794553

ambito21@comunesbt.it www.comunesbt.it/ambitosociale21

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ
(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000,n. 445)
MODALITÁ DI GESTIONE ATTIVITÁ ASSISTENZIALE EROGATA NELL'ARCO DELL 24 ORE

Il/la sottoscritto/a, in relazione alla domanda d'accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti (DGR 6/2012), 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 2013 per il quale si richiede l'assegno di cura, l'assistenza nelle 24h al/la Sig./Sig.ra, beneficiario/a del contributo richiesto, è organizzata come di seguito riportato:

Nominativo soggetto che fa assistenza	Ruolo	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica

Eventuali specificazioni sull'assistenza fornita.....

Luogo e data _____

Firma

Ufficio di Coordinamento

Guida alla compilazione dell'allegato 1

Deve sottoscrivere tale allegato la stessa persona che ha sottoscritto la domanda per l'assegno di cura.

Legenda della tabella:

Nominativo: Cognome e Nome delle principali persone che svolgono attività di assistenza in favore dell'anziano.

Ruolo: Es. coniuge, figlio, badante, volontario, amico, etc.

Lun-Dom.: Nelle colonne dei giorni della settimana va riportato indicativamente l'orario in cui si fa assistenza (Es. tutto il giorno, il mattino, dalle 10.00 alle 13.00, etc). In caso di familiare convivente, se lavoratore, vanno riportati gli orari in cui può essere presente a casa durante la giornata/settimana. In caso di badante si deve indicare l'orario previsto dal contratto.

Ufficio di Coordinamento

Sede operativa: : viale De Gasperi, 124 63074 San Benedetto del Tronto Telefono 0735.794341 Fax 0735.794553

ambito21@comunesbt.it www.comunesbt.it/ambitosociale21

(da utilizzare solo nel caso di beneficiari che appartengono a nuclei familiari in cui almeno uno dei componenti presenta il modello Unico per la dichiarazione dei redditi 2013)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ
(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000,n. 445)
VALORE E SCADENZA DELLA DICHIARAZIONE ISEE

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a (....) il e residente a (....) CAP in via n....., Cod. Fisc.:, 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 l'attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare in cui è inserito il/la signor/a nato/a a (....) il e residente a (....) CAP in via n....., Cod. Fisc.:, per cui è richiesto l'Assegno di Cura 2013 ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 6 del 09/01/2012, ha un valore ISEE pari a €, come dalla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà rilasciata in data / / dal CAF con sede in , con scadenza / / .

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., lì/...../.....

IL/LA DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38, d.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

<p>FIRMATA DAL DICHIARANTE IN MIA PRESENZA</p> <p>lì,.....</p> <p align="center">L'ADDETTO</p>	<p>SI ALLEGA FOTOCOPIA:</p> <p><input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ</p> <p><input type="checkbox"/> PASSAPORTO</p> <p><input type="checkbox"/> PATENTE</p>
--	--

Ufficio di Coordinamento

Sede operativa: : viale De Gasperi, 124 63074 San Benedetto del Tronto Telefono 0735.794341 Fax 0735.794553

ambito21@comunesbt.it www.comunesbt.it/ambitosociale21

.....

.....

Ufficio di Coordinamento

Sede operativa: : viale De Gasperi, 124 63074 San Benedetto del Tronto Telefono 0735.794341 Fax 0735.794553

ambito21@comunesbt.it www.comunesbt.it/ambitosociale21