



## MODELLO DI DOMANDA

**Al Signor Sindaco  
Comune di CHIARAVALLE**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI  
PERIODO 01.01.2021 – 31.12.2021  
DGR n.1138/2019  
Deliberazione del Comitato dei Sindaci n. 28 del 10/11/2020**

Il 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*

familiare che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non convivente

*oppure*

tutore/curatore/amministratore di sostegno

per il/la sig./sig.ra .....persona anziana  
in situazione di non autosufficienza

nato/a il ..... a .....

residente a CHIARAVALLE via .....n.....Tel.....

domiciliato ( solo se diverso dalla residenza).....

### **CHIEDE DI POTER ACCEDERE ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

E' 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 IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

ha compiuto il 65° anno di età alla data del **01.01.2021**

è stata dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100%



è titolare di indennità di accompagnamento

usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita (*barrare la voce che interessa*):

- direttamente da un familiare: \_\_\_\_\_ ;
- con l'aiuto di assistenti familiari private in possesso di regolare contratto di lavoro domestico

l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE Socio-Sanitario) rilasciato ai sensi del DPCM 159/13 è pari ad € \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ persone componenti il nucleo familiare, tale dichiarazione è valida dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

non risiede in una struttura residenziale

non usufruisce, nel periodo di riferimento del bando, dell'assegno di cura erogato all'interno del progetto Home Care Premium promosso dall'INPS gestione ex INPDAP

non usufruisce, nel periodo di riferimento del bando, del servizio SAD per non autosufficienti

non usufruisce, nel periodo di riferimento del bando, del contributo economico per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM 26/09/2016.

ha già fruito dell'assegno di cura nel periodo 01/01/2020 – 31/12/2020

#### **DICHIARA INFINE**

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 (*barrare la voce che interessa*):

**attestazione I.S.E.E. Socio-Sanitario in corso di validità per l'anno 2020**, rilasciata ai sensi del DPCM 159/2013

copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente, potenziale beneficiario dell'assegno di cura

copia del verbale di invalidità civile (*è esentato chi ha già fruito dell'assegno nel periodo 01/01/2020 – 31/12/2020 qualora la documentazione sia ancora in corso di validità*)

copia del verbale attestante l'indennità d'accompagnamento (*è esentato chi ha già fruito dell'assegno nel periodo 01/01/2020 – 31/12/2020 qualora la documentazione sia ancora in corso di validità*)

copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare (*è esentato chi ha già fruito dell'assegno nel periodo 01/01/2020 – 31/12/2020 qualora la documentazione sia ancora in corso di validità*)

documentazione inerente l'iscrizione nell'Elenco Regionale degli Assistenti Familiari.

**N.B. La dichiarazione ISEE potrà essere sottoposta a verifiche e controlli dell'INPS e dell'Agenzia delle Entrate.**

Data, \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**