**AlL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 7**

**COMUNE DI FOSSOMBRONE**

**Corso garibaldi 8**

**61034 fossombrone (pu)**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL’ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2016**

Il/La sottoscritto/a ..........

Codice Fiscale ………………………………………………………………………………………………..

nato/a il a ……..

residente a………………………………..CAP …………..via .......................................n. ............................

numero di telefono e/o cellulare…………………………………………………………………………….

eventuale indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) ..........

in qualità di  *(barrare la voce che interessa)*

1. persona anziana in situazione di non autosufficienza
2. familiare (entro il 4° grado ed affine entro il 2° grado ) specificare…………………………..
3. il soggetto incaricato alla tutela dell’anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno ).

**chiede**

**L’ACCESSO ALL’ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**ANNO 2016**

**Di cui all’avviso pubblico Ambito Territoriale 7-Comune di Fossombrone**

□ per se medesimo

□ per il/la sig./sig.ra ……………………………………………………………………………...

persona anziana in situazione di non autosufficienza

nato/a il a ……..

residente a………………………..CAP………via .........................................n. ......Tel………………….

Codice Fiscale…………………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto è 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 IL SOTTOSCRITTO / la persona ANZIANA in situazione di NON AUTOSUFFICIENZA:

1. ha beneficiato dell’assegno di cura nell’anno 2015 SI  /NO 
2. è invalido civile al 100%;
3. è titolare di indennità di accompagnamento o in alternativa
4. è titolare dell’assegno per l’assistenza personale continuativa erogato dall’INAIL se rilasciato a

parità di condizioni dell’indennità di accompagnamento dell’INPS e alternativo alla stessa misura;

1. usufruisce di assistenza presso la propria residenza o presso altro domicilio privato,(indirizzo domicilio privato………………………………………………………………………) fornita:
   * direttamente da un familiare : figlio/a  , fratello/ sorella  , coniuge , nipote , altro 

cognome e nome

nato/a il a

residente a CAP…….via .........................................n. .....Tel

* + con l’aiuto di assistenti familiari private/ colf in possesso di regolare contratto di lavoro :

cognome e nome

nato/a il a

residente a CAP…….via .........................................n. .....Tel

- iscritta all’elenco regionale degli Assistenti Familiari gestito presso i CIOF : **SI** □ **NO** se no il sottoscritto si impegna ad accertare l’avvenuta iscrizione presso il suddetto elenco entro 12 mesi dalla concessione del beneficio;

Che il nucleo familiare anagrafico, della **persona anziana non autosufficiente** è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Composizione nucleo familiare anagrafico** | | | |
| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | parentela | occupazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Che il valore ISEE ammonta in € ……………………… come da certificazione allegata in corso di validità****.*

DICHIARA INFINE

che IL SOTTOSCRITTO / la persona ANZIANA in situazione di NON AUTOSUFFICIENZA:

 celibe/nubile; coniugato/a,  separato/a,  divorziato/a,  vedovo/a

 in possesso del seguente titolo di studio:……………………………………..

 titolare di pensione sociale

 certificata ai sensi della L.104  si  no gravità  si  no

 finanziariamente:  autonomo  riceve aiuto da parenti e/o da altre persone  in condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone

 è aiutata/ supportata da familiari o altre persone in modo:  totale  parziale  assente;

 beneficia dei seguenti interventi sociali :

 pasti al domicilio  lavanderia a domicilio  telesoccorso  trasporto sociale  sostegno del volontariato  altro…………………..

 non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) oppure

 si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio

 non usufruisce del progetto Home care premium oppure

 si impegna a rinunciare al progetto Home care premium in caso di ammissione al beneficio

 non usufruisce di Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" oppure

 si impegna a rinunciare all’Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" in caso di ammissione al beneficio.

**Che il Medico di medicina generale dell’anziano è il dott**………………………………………

**DICHIARA**

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, variazioni ISEE, ecc)

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.

Comunica inoltre, che nel caso di ammissione all’Assegno di cura, il contributo assegnato dovrà essere liquidato con la seguente modalità:

 Mediante versamento sul seguente conto corrente (bancario o postale) intestato all’anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso:

conto corrente n. …………………................ Banca / Ufficio Postale ………………………………………….

IBAN (composto da n.27 cifre)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Allega alla presente:

* attestazione I.S.E.E. (del nucleo familiare dell’anziano) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – in corso di validità;
* copia di un valido documento di riconoscimento dell’ anziano non autosufficiente e in caso di altro richiedente anche copia del documento di quest’ultimo ;
* copia del regolare contratto individuale di lavoro dell’assistente familiare/colf e ultimo versamento INPS effettuato;
* copia del verbale di invalidità civile e accompagnamento o del verbale relativo all’assegno per l’assistenza personale continuativa erogato dall’INAIL;

**Il Dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile Signore/a,

ai sensi del **D.lgs. n. 196/2003** (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Ambito Territoriale Sociale" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso il Comune di Fossombrone e i Comuni dell’ATS n. 7, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, ASUR Marche AV1 di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n.6/2012 e 328/15
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune di Fossombrone/Comuni ATS n. 7, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L’avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di scadenza dell’Avviso Pubblico e compatibilmente al trasferimento del contributo regionale.

# CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, preso 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 196/03.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_