**Allegato B)**

*Al Coordinatore Ambito Territoriale Sociale n. ………*

*Via ………………………………………………………..*

*Cap/Città …………………………………………………*

**DOMANDA DI ACCESSO ALL’ASSEGNO DI CURA PER RELIGIOSI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – ANNUALITA’ 2014/2015**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Domiciliato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

□ soggetto non autosufficiente riconosciuto invalido al 100% e in possesso di indennità di accompagnamento;

□ curatario:

⇨ priore/madre superiora: ………………………………………………………………………………;

⇨ familiare: (grado di parentela) ………………………………………………………..;

⇨ esercente tutela;

del sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ invalido/a al 100% e in possesso di indennità di accompagnamento, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter accedere al contributo “assegno di cura” a favore di religiosi anziani non autosufficienti – annualità 2014/2015.**

Ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l’esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

□ che le funzioni assistenziali vengono svolte presso il …………………………………………………. con l’ausilio di un’assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro;

□ che le funzioni assistenziali vengono svolte presso il …………………………………………….. direttamente da ………………………………………………………;

□ che l’anziano usufruisce del SAD regionale (*Servizio di Assistenza Domiciliare*);

□ che l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) – periodo d’imposta 2013 del/la religioso/a anziano/a è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scala di equivalenza pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che la DSU è stata elaborata dal CAAF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che l’anziano, in quanto interdetto/inabilitato usufruisce di tutela/curatela/amministratore di sostegno come da provvedimento del Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sentenza n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Luogo e data ………………………………………….*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(firma del richiedente)*

**CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (Decreto Lgs. 196/2003)**

Il/La sottoscritto/a, previamente informato/a, autorizza la raccolta e il trattamento dei dati per l’emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/2003, a seguito dell’istanza presentata a codesto Ente.

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(firma del richiedente)*

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

□ copia fotostatica di un documento di identità del richiedente in corso di validità;

□ copia del verbale di invalidità civile attestante “**l’invalidità con totale e permanente inabilità lavorativa al 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988)**”, riportante il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento;

□ copia del contratto di lavoro dell’assistente domiciliare privata (nel caso si usufruisca di assistenza privata) oppure dichiarazione relativa alle modalità di gestione dell’attività assistenziale erogata nell’arco delle 24 ore;

□ copia DSU relativa situazione economica equivalente (ISEE) - periodo d’imposta 2013.