



Timbro di arrivo/protocollo

ALLEGATO B

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

OSTRA (AN)

**DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – ASSEGNO DI CURA – ANNUALITA' 2014/2015**

Deliberazione della Giunta Regionale n. 6 del 09/01/2012
Tavolo Zonale Permanente di Monitoraggio del 27/03/2014
Delibera Comitato dei Sindaci n. 1 del 31/03/2014
Delibera Comitato dei Sindaci n. 2 del 31/03/2014

Il/La 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 convivente con l'anziano o che si occupa della sua cura
 soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente per il/la

sig./sig.ra persona anziana in

situazione di non autosufficienza nato/a il a

residente in via n.

Tel.

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura per l'assegnazione dell'Assegno di Cura – annualità 2014/2015 – in favore di anziani non autosufficienti.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà soggetto alla conseguenza di cui al Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)



DICHIARA

Che il/la sottoscritto/a o la persona anziana in situazione di non autosufficienza:

- è residente nel Comune di _____
- ha compiuto/compirà il 65° anno di età entro il 30/05/2014;
- è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100% come attestato dalla documentazione allegata;
- è titolare di indennità di accompagnamento, certificato di iscrizione n. _____ rilasciato il _____ ;
- usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:
 - a) direttamente da un familiare;
 - b) con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico;
- non usufruisce delle prestazioni prevalenti (contributo economico) afferenti al Progetto "Home Care Premium – INPS – Gestione EX INPDAP";
oppure
- usufruisce delle prestazioni prevalenti (contributo economico) afferenti al Progetto "Home Care Premium – INPS – Gestione EX INPDAP" sino al _____ per un importo mensile di € _____ ;
- usufruisce del servizio di assistenza domiciliare SAD erogato dal Comune;
- non risiede in una Struttura Residenziale;
- ha un indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), riferito a periodo di imposta 2012 e patrimonio mobiliare ed immobiliare al 31.12.2013, non superiore a:
 - 1. € 11.000,00 in caso di anziano non autosufficiente residente da solo;
 - 2. € 25.000,00 in caso di anziano non autosufficiente residente presso un nucleo familiare pluricomposto. *Nel caso in cui l'assistente familiare risultasse inserita nello stato di famiglia dell'anziano non autosufficiente si procede al nucleo familiare estratto (di cui all'art. 3, comma 3 del D. Lgs 109/98 e art. 1 comma 7 del Dpcm 221/99 come modificato dal Dpcm 242/01).*

DICHIARA INFINE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati - Informativa D.Lgs. 196/03 art.13 - fornita con l'Avviso 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:

- Attestazione ISEE (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) completa di dichiarazione sostitutiva Unica (DSU) riferita ai redditi per il periodo d'imposta 2012 e al patrimonio mobiliare e immobiliare al 31/12/2013;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente, potenziale beneficiario dell'assegno di cura;



- copia del verbale di invalidità civile;
- copia del verbale attestante il riconoscimento della pensione di accompagnamento;
- copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare;
- altro (*specificare*) _____.

Il Richiedente

~~~~~

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R 445/2000 vengono di seguito indicate le modalità di invio o presentazione della domanda:

- la firma del dichiarante viene apposta davanti al dipendente addetto alla ricezione senza autenticazione della sottoscrizione.

Il Comune di \_\_\_\_\_ ha ricevuto la domanda intestata a \_\_\_\_\_ per l'avviso pubblico dell'Ambito Territoriale Sociale N. 8 per l'accesso alla nuova graduatoria – 4° annualità assegno di cura per anziani non autosufficienti anno 2013 in data \_\_\_\_\_.

Per ricevuta:

Firma

\_\_\_\_\_

Firma Addetto alla Ricezione

\_\_\_\_\_



**Informativa D.Lgs. 196/03 art.13 (privacy)**

**Titolari del trattamento** Comune di Senigallia in qualità di Ente Capofila dell'A.T.S. n. 8, per l'intera banca dati, i restanti Comuni per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.

**Responsabili del trattamento** Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni.

**Incaricati** I dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'A.T.S. n. 8 e agli uffici dei Servizi Sociali e 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.

**Ambito comunicazione** I dati verranno utilizzati dagli uffici dell'A.T.S. n. 8 e dai Servizi Sociali dei Comuni dell'ATS 8 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.

**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 alla sede del Comune di residenza.

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

**Amministrazioni competenti** Comuni di: Senigallia, Arcevia, Barbara, Castelleone di Suasa, Corinaldo, Ostra, Ostra Vetere, Serra de' Conti, Tre Castelli.

**Oggetto del procedimento** *Delibera di Giunta Regionale n. 6 del 09/01/2012* concernente: *Approvazione delle modalità di utilizzo e dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze.*

**Responsabile del procedimento per il Comune di:** \_\_\_\_\_

**Inizio e termine del procedimento** L'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso il Servizio Protocollo dei Comuni, della presente domanda; i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di scadenza del bando (06/05/2013)

**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;

**Ufficio** in cui si può prendere visione degli atti c/o il Servizio Sociale del Comune di 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.

**Il richiedente**

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

\_\_\_\_\_