Le Terre della Marca Senone
UNIONEdeiCOMUNI
Arcevia Barbara Ostra
Ostra Vetere Senigallia
Serra de'Conti Trecastelli

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 8

Allegato B

ALL'UNIONE DEI COMUNI
PIAZZA ROMA 23
TRECASTELLI 60012(AN)

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI — ANNUALITA' 2020

Deliberazioni della Giunta Regionale n. 1138/2019

Il/La sottoscritto/a .....

Codice Fiscale .....

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

residente a ..... via ..... n. .....

Tel. ..... Cell. ..... Mail. .....

(N.B. INDICARE SEMPRE ALMENO UN RECAPITO TELEFONICO)

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

- ☐ persona anziana in situazione di non autosufficienza, secondo quanto definito nell'Avviso pubblico
- ☐ familiare convivente con l'anziano o che si occupa della sua cura e che si impegna alla sottoscrizione del Patto Assistenziale
- ☐ soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente per il/la

  sig./sig.ra ..... persona anziana in

  condizione di non autosufficienza nato/a il ..... a .....

  residente a..... via ..... n. .....

  Codice Fiscale ..... Tel ....

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura per l'assegnazione dell'Assegno di Cura – annualità 2020 – 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 65 anni di età alla data del 01/01/2020;

❑ è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100% attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento, come da documentazione allegata;

❑ usufruisce di un'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 afferenti al Progetto "Home Care Premium – INPS – Gestione EX INPDAP";

❑ non usufruisce del servizio di assistenza domiciliare SAD erogato dall'Unione;

❑ non frequenta il Centro Diurno Alzheimer per più di tre giorni a settimana;

❑ non risiede in una Struttura Residenziale;

DICHIARA INFINE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii e al regolamento (UE) del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 aprile 2016 n. 679, 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 Ordinario completa di Dichiarazione sostitutiva Unica (DSU) in corso di validità;
- ❑ copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente, potenziale beneficiario dell'assegno di cura;
- ❑ copia della certificazione di invalidità civile pari al 100% attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- ❑ copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare;
- ❑ altro *(specificare)* _____.

Il Richiedente

_____

Le Terre della Marca Senone
UNIONEdeiCOMUNI
Arcevia Barbara Ostra
Ostra Vetere Senigallia
Serra de'Conti Trecastelli

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 8

Di seguito vengono indicate le modalità di invio o presentazione della domanda:

- consegna a mano, nel proprio Comune di residenza, nei rispettivi orari di apertura al pubblico (farà fede il timbro di accettazione dell'Ufficio Protocollo);
- raccomandata A/R (farà fede la data di spedizione) indirizzata al proprio Comune di residenza
- Poste Elettronica Certificata all'indirizzo protocollo@pec.leterredellamarcasenone.it

In caso di consegna a mano:

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 Assegno di Cura per anziani non autosufficienti - annualità 2020 in data _____.

Firma richiedente

_____

Per ricevuta:

Firma Addetto alla Ricezione

_____