Sede di Serra de' Conti
Via G. Marconi, 6
Tel. e fax 0731.878744
atosociale8@tiscali.it
www.ambitoterritorialesociale8.it

SENIGALLIA
Arcevia, Barbara,
Castelleone di Suasa, Corinaldo,
Ostra, Ostra Vetere,
Serra de' Conti, Trecastelli

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 8

Timbro di arrivo/protocollo

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' 2015/2016

Deliberazione della Giunta Regionale n. 328 del 20/04/2015
Tavolo di Monitoraggio Organizzazioni Sindacali Territoriali dell'11/05/2015

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

☐ familiari (parenti entro il 4° grado e affine entro il 2°) che accolgono l'anziano nel proprio nucleo o che si prenderanno cura dello stesso anche non convivente

☐ 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 2015/2016 – 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 _____;

❑ è residente nel Comune di _____ ma domiciliato nel Comune di _____ (confinante con la Regione Marche);

❑ ha compiuto/compirà il 65° anno di età entro il 30/06/2015;

❑ 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 (contributo economico) afferenti al Progetto "Home Care Premium – INPS – Gestione EX INPDAP";

❑ non usufruisce del servizio di assistenza domiciliare SAD erogato dal Comune;

❑ non usufruisce del Centro Diurno Alzheimer superiore a tre giorni settimanali;

❑ non usufruisce degli interventi di assistenza domiciliare indiretta per i soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità";

❑ non risiede in una Struttura Residenziale;

❑ ha un'attestazione ISEE Socio-Sanitario completa di dichiarazione sostitutiva Unica (DSU), riferito al periodo di imposta 2013 (dichiarazione dei redditi 2014) e patrimonio mobiliare ed immobiliare al 31.12.2014;

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 Socio-Sanitario completa di dichiarazione sostitutiva Unica (DSU) riferita ai redditi per il periodo d'imposta 2013 e al patrimonio mobiliare e immobiliare al 31/12/2014;
- ❑ 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 accompagno;
- ❑ copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare (*);
- ❑ altro *(specificare)* _____.

(*) L'assistente familiare dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) l'impegno formale ad iscriversi all'*Elenco regionale degli Assistenti familiari* gestito c/o i CIOF Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione entro dodici mesi dalla concessione del beneficio.

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 – VI^ annualità *assegno di cura* per anziani non autosufficienti anno 2015 in data _____.

Per ricevuta:

Firma

_____

Firma Addetto alla Ricezione

_____

Sede di Serra de' Conti
Via G. Marconi, 6
Tel. e fax 0731.878744
atosociale8@tiscali.it
www.ambitoterritorialesociale8.it

SENIGALLIA
Arcevia, Barbara,
Castelleone di Suasa, Corinaldo,
Ostra, Ostra Vetere,
Serra de' Conti, Trecastelli

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 8

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 _____ _____