

MODELLO DI DOMANDA

***ALL'ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N°3
UNIONE MONTANA DEL CATRIA E NERONE
VIA LAPIS, 8 CAGLI***

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI - Anno 2022
Con scadenza, 29/10/2021 alle ore 13:00**

l sottoscritt _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nat_____ a _____ (____) il _____

resistente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

in qualità di (barrare la voce che interessa):

- ☐ persona anziana in situazione di non autosufficienza;
- ☐ familiare _____;
- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA

- ☐ per me medesimo
- ☐ per l Sig.

[illegible]

Nat _____ a _____ (____) il _____

resistente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

domiciliato a _____ () CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____



A tal fine il sottoscritto, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

1. che la persona interessata risiede in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.3 (in caso di residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 ma domiciliati fuori dal territorio dell'ATS 3 l'assegno di cura vale solo nel caso di Comuni confinanti con il territorio dell'ATS 3);
2. di avere compiuto **65 anni di età** alla data di sottoscrizione della domanda del presente Avviso Pubblico;
3. che è stata dichiarata non autosufficiente (ed è quindi in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%) ed è titolare di indennità di accompagnamento, rilasciata in data _____;
4. che il MMG del soggetto non autosufficiente è il Dott. _____;
5. che possiede ISEE € _____
6. che la persona interessata non risiede in una struttura residenziale;
7. ☐ che la persona interessata non usufruisce delle prestazioni Home Care Premium (prestazioni integrative e/o prestazioni prevalenti); oppure ☐ si impegna a rinunciare all'intervento Home Care Premium in caso di ammissione all'assegno di cura entro 30 giorni dalla data di notifica;
8. ☐ che la persona interessata non usufruisce del SADIS; oppure ☐ si impegna a rinunciare al SADIS in caso di ammissione all'assegno di cura entro 30 giorni dalla data di notifica;
9. che non usufruisce di Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la "Disabilità Gravissima";
10. che la persona interessata usufruisce di un'adeguata assistenza presso il proprio domicilio, gestita da:

☐ direttamente da un familiare:

☐ con l'aiuto di assistente familiare privata, in possesso di regolare contratto di lavoro e iscritta (o si iscriverà entro 12 mesi) all'Elenco Regionale degli Assistenti Familiari gestito c/o CIOF, Centro per l'impiego e la formazione (compilare allegato "B" del Bando):

Cognome e nome _____

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

nat. ____ a _____ (____) il _____ residente a _____

(____) CAP _____ in via _____ n. _____,

telefono _____

Si impegna a comunicare ogni variazione che dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (es. ingresso in struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo, residenza, domicilio, cambiamento della persona di riferimento, dell'assistente familiare, variazioni modalità di riscossione, ecc).
Dichiara di essere consapevole che la documentazione allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli.



ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA

- ☐ 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 verbale di invalidità civile e accompagnamento;
- ☐ Allegato A1-Modalità di pagamento e fotocopia codice IBAN intestato all'anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso;

Allega inoltre, nel caso in cui la cura dell'anziano sia svolta da un'assistente familiare:

- ☐ documento di identità dell'assistente familiare;
- ☐ copia del regolare contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare/colf;
- ☐ Allegato B – Dichiarazione di iscrizione al registro assistenti familiari presso il CIOF

È consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli ai sensi della vigente normativa e 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).

Il richiedente

Data, _____

CONSEGNA LA PRESENTE DOMANDA E GLI ALLEGATI CON IL SEGUENTE METODO:

☐ consegna a mano presso gli uffici dell'**Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU)**, **previo appuntamento telefonico** al numero 0721781088.

Farà fede il timbro di accettazione dell'ufficio protocollo.

☐ spedita a mezzo di raccomandata a.r. inviata all'indirizzo "**Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU)**

Farà fede il timbro di spedizione dell'Ufficio Postale).

☐ attraverso **Posta Elettronica Certificata (PEC)** dell'**Unione Montana del Catria e Nerone di Cagli** all'indirizzo cm.cagli@emarche.it

Farà fede la data di invio.

☐ tramite gli Uffici dei Servizi Sociali dei **Comuni di Residenza** appartenenti all'Unione Montana del Catria e del Nerone - ATS 3.

Comune di _____

Farà comunque fede la data del protocollo del Comune.

Il richiedente

Data, _____

**COMUNICAZIONE AVVIO DEL PROCEDIMENTO - Art. 8 Legge n. 241/90**

<i>Amministrazione competente</i>	Unione Montana del Catria e Nerone – via G. Lapis 8 Cagli (PU)
<i>Oggetto del procedimento</i>	Assegno di Cura 2022
<i>Responsabile del procedimento</i>	Dott. Cordella Stefano Coordinatore ATS n° 3 Cagli.
<i>Data di presentazione dell'istanza (solo per i procedimenti ad iniziativa di parte)</i>	Indicare la data di ricezione della domanda _____ con prot. n. _____
<i>Data di conclusione del procedimento</i>	Entro 90 gg dalla presentazione dell'istanza.
<i>Rimedi esperibili in caso di inerzia dell'amministrazione</i>	Nel caso di inerzia dell'amministrazione, decorso il termine di conclusione del procedimento, l'interessato può adire il TAR Marche finché perdura l'inadempimento e comunque non oltre un anno dalla data di scadenza dei termini previsti per la conclusione del procedimento.
<i>Ufficio in cui si può prendere visione degli atti</i>	Ambito Territoriale Sociale n.3 Catria e Nerone Via Lapis n° 10, 0721/787431 e-mail: sociale@cm-cagli.ps.it .
<i>Modalità di impugnazione del provvedimento</i>	L'interessato può impugnare il provvedimento finale mediante ricorso al TAR Marche entro 60 giorni dalla pubblicazione, ovvero mediante ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni

INFORMATIVA PRIVACY - Art. 13 GDPR 2016/679

<i>Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento</i>	Unione Montana del Catria e Nerone via Gaetano Lapis n. 8 Cagli (PU) - tel. 0721/78743 – mail cm-cagli@provincia.ps.it – PEC cm-cagli@emarche.it
<i>Identità e dati di contatto del Responsabile del Trattamento</i>	Responsabile del Settore Dott. Cordella Stefano - 0721/787431 e-mail: sociale@cm-cagli.ps.it
<i>Finalità del trattamento e base giuridica</i>	Il trattamento è autorizzato ed è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri (ex art. 6 p. 1 lett. e): Assegni di cura per anziani over 65 non autosufficienti con invalidità 100% ed indennità di accompagnamento finalizzati al sostegno delle spese riferite al mantenimento degli stessi nel nucleo familiare assistiti da un familiare o da assistente familiare, con particolare riferimento alla formazione della graduatoria d'Ambito Territoriale Sociale n. 3 (DGR 179/2021)
<i>Destinatari dei dati personali</i>	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti del Settore ATS N° 3 ed i dipendenti degli altri Settori dell'Ente coinvolti nel procedimento. Sono inoltre autorizzati al trattamento i soggetti incaricati alla pubblicazione sul web.
<i>Periodo di conservazione dei dati</i>	I dati verranno conservati per tutta la durata del procedimento e per il periodo comunque previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione dei documenti e d'archivio.
<i>Diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati</i>	L'interessato può richiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la loro rettifica o cancellazione, la limitazione o l'opposizione al trattamento.
<i>Diritto di proporre reclamo</i>	L'interessato può proporre reclamo al Garante della privacy al sito www.garanteprivacy.it
<i>Eventuale obbligo legale o contrattuale o requisito necessario per la conclusione del contratto/procedimento e le eventuali conseguenze della mancata comunicazione dei dati</i>	La comunicazione dei dati personali è un requisito necessario per la conclusione del procedimento. L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali e qualora i medesimi non vengano forniti non si potrà procedere alla conclusione del procedimento.
<i>Eventuale esistenza di un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione</i>	Non esiste un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione.
<i>Identità e dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati</i>	Avv. Giuseppe Giangiacomo. mail: giuseppegiangiacomo@gmail.com

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE

Luogo e data _____

Il richiedente



5





**ALLEGATO B -DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE AL REGISTRO
ASSISTENTI FAMILIARI PRESSO IL CIOF**

__l__ sottoscritt__
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
nat__ a _____ (__) il _____
residente a _____ (__) CAP _____ in via
_____ n. _____, telefono _____

In qualità di:

- ☐ beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2022
☐ richiedente il contributo per conto del beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2022, per __l__
sig _____
☐ altro (specificare) _____

**DICHIARA CHE L'ASSISTENTE FAMILIARE, ASSUNTO CON REGOLARE
CONTRATTO:**

- ☐ **è iscritto** al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento;
☐ **non si è iscritto** al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e
l'Orientamento per la seguente motivazione:

**Si impegna ad effettuare l'iscrizione entro e non oltre i 12 mesi di erogazione del Bando
Assegno di Cura 2022.**

È consapevole che l'iscrizione al registro è requisito previsto dalla DGR 328 del 2015.

Luogo e data _____

Il Richiedente _____
(firma leggibile)

L'assistente Familiare _____
(firma leggibile)