

ALLEGATO 1 - MODELLO DI DOMANDA PER ASSEGNO DI CURA ANNO 2011

AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI _____

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2011**

Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009

Il sottoscritto/a.....

Codice Fiscale.....

nato/a il a

residente a..... (.....) C.A.P.

in via n. Tel.....

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

persona anziana in situazione di non autosufficienza;

oppure

familiare (entro il 4° grado) convivente con l'anziano

tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

per il/la sig./sig.ra persona
anziana in situazione di non autosufficienza

nato/a il a

residente a..... (.....) C.A.P.

in via n. Tel.....

codice fiscale.....

CHIEDE

L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

E' consapevole 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).

DICHIARA CHE LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

1. è residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 6;
2. ha compiuto/compirà il 65° anno di età alla data di scadenza del presente avviso pubblico;
3. è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso, o ha presentato domanda, della certificazione di invalidità pari al 100%;
4. è titolare di indennità di accompagnamento, certificato di iscrizione n.
rilasciato il
5. in alternativa: la domanda di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento è stata presentata in data ed è in corso di valutazione;
6. la situazione economica, calcolata sull'ISEE corrente (periodo di imposta 2009) è di euro (max 11.000,00 euro in caso di anziano non autosufficiente solo, max 25.000,00 euro in caso di anziano non autosufficiente residente presso un nucleo familiare pluricomposto);
7. che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

- direttamente dalla famiglia del soggetto. Indicare la persona di riferimento:
Signor/a _____
codice fiscale _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ (_____) C.A.P. _____
in via _____ n. _____ Tel _____
- da assistenti familiari privati in possesso di regolare contratto di lavoro. Indicare le generalità dell'Assistente familiare:
Signor/a _____
codice fiscale _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ (_____) C.A.P. _____
in via _____ n. _____ Tel _____

8. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dott. _____;
9. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 10 giorni e comunque ogni qual volta l'Ambito Territoriale Sociale n. 6 lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (*es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell'assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc*);
10. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

In caso di ammissione al beneficio, il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

Beneficiario (non autosufficiente)

Richiedente

oppure a:

Signor/a _____

codice fiscale _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ (_____) C.A.P. _____

in via _____ n. _____ Tel _____

mediante:

a) Conto Corrente postale

IBAN _____

b) Conto Corrente bancario

IBAN _____

c) Assegno circolare non trasferibile da spedire con raccomandata AR. spese a proprio carico

d) Quietanza diretta (presso tesoreria Comune di Fano, Banca Carifano sede centrale Fano)

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E. completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica - periodo d'imposta anno 2009;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia del verbale di invalidità civile;
- copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della domanda presentata (se la valutazione è in corso).

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DI CHIARANTE
(firma leggibile)

DICHIARA INFINE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita con il bando pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile cittadino/a

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. i dati da Lei forniti verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali);
2. il trattamento dei dati avverrà presso l'Ambito Territoriale Sociale n. 6, quale titolare del trattamento dei dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, Anagrafe, ASUR Marche ZT di riferimento, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.);
3. il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative contenute nel Codice della Privacy (D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003);
4. il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista;
5. in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti dell'Ambito Territoriale Sociale n. 6, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy (D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003), in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi;
6. l'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, avendo preso visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data _____

IL DICHIARANTE
