

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI.....

**DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – ASSEGNO DI CURA – ANNUALITA' 2019**

(Delibera Comitato dei Sindaci n. 6 del 21.03.2019)

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 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 2019 – 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 _____ .

- è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione attestante l'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 dell' intervento "Home Care Premium effettuato dall'INPS "

- non usufruisce del servizio di assistenza domiciliare S.A.D. erogato dal Comune;

- non usufruisce dell'Intervento di Assistenza Domiciliare Indiretta indirizzato ai soggetti over 65 anni in situazione di "Particolare gravità" ;

- non usufruisce degli interventi concernenti la "Disabilità gravissima";

- non risiede in una Struttura Residenziale ;

- possiede dichiarazione I.S.E.E. Ordinario - Attestazione I.S.E.E. completa di dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.), redditi percepiti nell'anno d'imposta 2017 di € _____ .

CHIEDE ALTRESI'

che l'eventuale contributo economico venga erogato con accredito sul seguente conto corrente bancario o postale.

CIN	CI	ABI	CAB	N. CONTO CORRENTE																												
INTERNAZ.	N																															

INTESTATO A : _____

- al fine di facilitare la procedura di erogazione dell'eventuale assegno è consigliabile allegare il codice IBAN in formato stampato;
- non è consentito l'accredito su libretto postale ;

- qualsiasi variazione relativa al conto corrente deve essere formalmente comunicata tempestivamente al Ambito Territoriale Sociale – ATS VI sito in via Sant'Eusebio n. 32 - Fano, in caso contrario eventuali commissioni bancarie saranno a carico del beneficiario del contributo.

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.

Allega alla presente:

- copia di un valido documento di riconoscimento dell'anziano potenziale beneficiario dell'assegno di cura e del richiedente.
- copia della certificazione dell'invalidità civile pari al 100% attestante l'indennità di accompagnamento.
- copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare);
- copia documentazione o dichiarazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'Assistente Familiare all'Elenco Regionale gestito dai CIOF o dichiarazione attestante che l'adempimento sarà GARANTITO entro 12 mesi dalla concessione del contributo coincidente con la data di stipula del Patto per l'Assistenza.

Il /La Dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

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

In caso di presentazione o invio dell'istanza già sottoscritta, unire copia fotostatica non autenticata di documento di identità in corso di validità

Oppure

in caso di sottoscrizione apposta in presenza del dipendente addetto.

Attesto che la su estesa firma è stata apposta in mia presenza dal/la Signor/ra

Documento di riconoscimento

Fano lì _____

Il dipendente addetto

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

Titolari del trattamento: Comune di Fano in qualità di Ente Capofila dell'ATS n. 6 per l'intera banca dati, i restanti Comuni per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.

Responsabili del trattamento: Dirigente F.F. per la banca dati di tutto l'ATS6 ed i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni.

Incaricati: i dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ATS. n. 6 e gli Uffici dei Servizi Sociali 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'ATS n. 6 e dai Servizi Sociali dei Comuni e verranno comunicati ai Servizi Finanziari del Comune di Fano, 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.

Sito: www.ambitofano.it.

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

Amministrazioni competenti. Comuni di: *Comuni di Fano ente capofila ATS 6, Fratte Rosa, Mondavio, Mondolfo, Monte Porzio, Pergola, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Terre Roveresche.*

Oggetto del procedimento Delibera di Giunta Regionale n. 1697 del 10/12/2018 concernente: *Approvazione delle modalità di utilizzo e dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze.*

Responsabile del procedimento: Per la fase relativa alla ricezione e all'ammissione delle domande, il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di residenza;

Per la fase relativa alla predisposizione della graduatoria e agli adempimenti successivi, il Dirigente F.F., in qualità di Ente Capofila dell'ATS 6.

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.

Inerzia dell'Amministrazione: decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà attivarsi ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall'amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricorso al TAR nei termini di legge.

Ufficio: in cui si può prendere visione degli atti c/o il Servizio Sociale del Comune di residenza e Ufficio di coordinamento dell'ATS 6 negli orari di apertura al pubblico con le modalità prevista dagli art. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/05.