



Fano



Fratte Rosa



Mondavio



Mondolfo



Monte Porzio



Pergola



San Costanzo



San Lorenzo in Campo



Terre Roveresche

**AL DIRIGENTE/RESPONSABILE
DEI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI _____**

**DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – ASSEGNO DI CURA – ANNUALITA' 2021**

(Delibera Comitato dei Sindaci n. 81 del 14/01/2021)

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale

nato/a il **a**

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

Tel **cell**

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

persona anziana in situazione di non autosufficienza, secondo quanto definito nell'Avviso Pubblico

oppure :

familiari conviventi con l'anziano o che si occupano della sua cura, anche non convivente, e che si impegna alla sottoscrizione del Patto Assistenziale.

soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente

del signor Nome Cognome.....

nato/a il a.....

Codice Fiscale

residente.....

in.....via.....n.....

Tel

(da compilare con i riferimenti della persona anziana in situazione di non autosufficienza per la quale si chiede il beneficio)

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura per l'assegnazione dell'Assegno di Cura – annualità 2021 – 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 :



Fano



Fratte Rosa



Mondavio



Mondolfo



Monte Porzio



Pergola



San Costanzo



San Lorenzo in Campo



Terre Roveresche

è residente nel Comune di _____
e ivi domiciliato

ha compiuto il 65° anno di età in data _____

è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, certificato n. _____ rilasciato il _____

- di possedere un valore **I.S.E.E. Ordinario** valido per l'anno 2021 - redditi percepiti nell'anno d'imposta 2019 - di € _____

oppure, in alternativa

- di avere presentato la DSU necessaria per la predisposizione del modello ISEE in data _____
rilasciata presso _____
(allegare la ricevuta attestante la presentazione della DSU).

La mancata indicazione del valore I.S.E.E. Ordinario ovvero della data della DSU è causa di esclusione.

DA BARRARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI (obbligatorie)

La persona anziana in situazione di non autosufficienza **usufruisce di una adeguata assistenza** presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:

direttamente da un familiare;

OPPURE

con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro domestico.

Se l'anziano è assistito da un Assistente Familiare privata, dichiara:

- l'avvenuta iscrizione dell'Assistente Familiare all'Elenco Regionale gestito dai CIOF in data _____ - qualora utente già beneficiario dell'assegno di cura Anno 2020
- che l'adempimento dell'iscrizione sarà GARANTITO entro 12 mesi dalla concessione del contributo Assegno di Cura

La persona anziana in situazione di non autosufficienza **non usufruisce:**
(barrare le voci di interesse)

dell'intervento "Home Care Premium effettuato dall'INPS"
 con riferimento all'intervento sopra indicato ha presentato domanda? Si No

del servizio di assistenza domiciliare S.A.D.;

degli interventi concernenti il progetto "Vita Indipendente";

dell'intervento relativo alla disabilità gravissima (fondi anno 2020) di cui al DM 26/09/2016;

La persona anziana in situazione di non autosufficienza

non risiede in una Struttura Residenziale ;



Fano



Fratte Rosa



Mondavio



Mondolfo



Monte Porzio



Pergola



San Costanzo



San Lorenzo in Campo



Terre Roveresche

CHIEDE ALTRESI'

che l'eventuale contributo economico venga erogato con accredito sul conto corrente in calce indicato

DICHIARA INOLTRE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati - Informativa art.13 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/03 fornita con l'Avviso Pubblico e di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa.

Alla domanda si allegano i seguenti documenti (*la domanda per accedere all'assegno di cura deve essere obbligatoriamente corredata dalla documentazione richiesta*):

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente La mancanza del suddetto documento costituisce non ammissibilità della domanda stessa. Nel caso di firma digitale della domanda, il documento di identità non si rende necessario.
- copia del riconoscimento dell'invalidità civile pari al 100% attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- copia del contratto di lavoro individuale se l'intervento assistenziale è svolto da un Assistente Familiare;
- indicazione del codice IBAN (preferibilmente in copia fotostatica);
- ricevuta attestante la presentazione della DSU, nel caso in cui non si è in possesso del valore ISEE.

La domanda può essere presentata dal 27 gennaio 2021 al 27 febbraio 2021 :

- tramite Posta Elettronica Certificata ed indirizzata alla casella Pec del proprio Comune di residenza, con sottoscrizione autografa ed allegato il documento di riconoscimento o in alternativa con firma digitale sul modulo di domanda; - tramite raccomandata A/R indirizzata al proprio Comune di residenza: ATTENZIONE farà fede il timbro di accettazione dell'ufficio protocollo, pertanto non saranno prese in considerazione le domande con data di spedizione oltre il termine previsto dal presente avviso; - consegna a mano, agli uffici protocollo del proprio Comune di residenza nei rispettivi orari di apertura al pubblico entro e non oltre il termine sopra stabilito. - via email con conferma di recapito all'indirizzo del protocollo del Comune di residenza così come indicati nell'avviso.



Fano



Fratte Rosa



Mondavio



Mondolfo



Monte Porzio



Pergola



San Costanzo



San Lorenzo in Campo



Terre Roveresche

Informativa Privacy. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs.196/2003 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

<p>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.</p>
<p>Responsabili del trattamento: Coordinatore d'Ambito per la banca dati dell'ATS6 ed i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni.</p>
<p>Incaricati: Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, ai Settori Servizi Sociali di ogni Comune, all'ATS n.6 e al Servizio Finanziario del Comune di Fano in qualità di Comune capofila dell'ATS n.6.</p>
<p>Responsabile Protezione dati dell'Ente capofila: Morolabs Srl -Riferimento:Francesco Moroncini Tel./FAX: 071.9030585/071.2210025 e-mail/PEC: dpo@morolabs.it / morolabs@legalmail.it</p>
<p>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.</p>
<p>Modalità:Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici. Nel rispetto della normativa i dati sensibili sono custoditi in contenitori chiusi a chiave e, nel caso di trattamento su supporto informatico, sono adottate chiavi d'accesso.</p>
<p>Ambito di comunicazione: I dati verranno utilizzati dai Settori Servizi Sociali di ogni Comune dell'ATS VI ciascuno con riferimento ai propri residenti. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili, avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati verranno comunicati all'ATS n.6, nonché all'istituto di credito indicato dal richiedente per l'emissione dell'eventuale contributo assegnato.</p>
<p>Natura conferimento dati: Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l'esclusione dal procedimento.</p>
<p>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 previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03 , rivolgendosi alla sede dei ciascun Comune.</p>
<p>Sito: L'elenco dei Responsabili è pubblicato sul sito di ogni Comune</p>
<p>Informativa Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/05 art. 8</p>
<p>Amministrazione competente: Comuni di Fano, Fratte Rosa, Mondavio, Mondolfo, Monte Porzio, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Terre Roveresche, Pergola</p>
<p>Oggetto del procedimento: L.N. 104/92 – L.N. 162/98 – DGR 1424/2020: " Fondo regionale per le non autosufficienze. Interventi a favore delle disabilità gravissime. Annualità 2020"</p>
<p>Responsabile del procedimento amministrativo: per l'ATS 6 : Dirigente Coordinatrice Servizio Sociale Associato; per i Comuni afferenti all'ATS 6: Responsabili dei Servizi Sociali;</p>
<p>Inizio e termine del procedimento: l'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso i Servizi Protocollo dei Comuni, della domanda; dalla stessa data, i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 60 giorni dalla data di approvazione della graduatoria di ATS.</p>
<p>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.</p>
<p>Ufficio in cui si può prendere visione degli atti: Comune di Fano, in qualità di Comune capofila dell'ATS 6, 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.</p>



Fano



Fratte Rosa



Mondavio



Mondolfo



Monte Porzio



Pergola



San Costanzo



San Lorenzo in Campo



Terre Roveresche

DICHIARA, INFINE

CONTO CORRENTE POSTALE non è ammesso versamento su libretto postale.

INTESTATO A: _____

NATO IL _____ **A** _____ **RESIDENTE**

IN _____ **VIA** _____

CF _____ **TEL** _____

CIN INTERNAZ.		CI N	ABI	CAB	N. CONTO CORRENTE
------------------	--	---------	-----	-----	-------------------

Intrattenuto presso (indicare Istituto di credito) _____

Filiale (indicare la sede esatta) _____

CONTO CORRENTE BANCARIO

INTESTATO A: _____

NATO IL _____ **A** _____ **RESIDENTE**

IN _____ **VIA** _____

CF _____ **TEL** _____

CIN INTERNAZ.		CI N	ABI	CAB	N. CONTO CORRENTE
------------------	--	---------	-----	-----	-------------------

Intrattenuto presso (indicare Istituto di credito) _____

Filiale (indicare la sede esatta) _____

Si evidenzia che:

E' autorizzato a riscuotere l'assegno:

- nel caso di anziano non autosufficiente capace di intendere e di volere, l'anziano stesso indicato come beneficiario, che dovrà essere intestatario o cointestatario di un conto corrente bancario o postale, o, in caso di impossibilità, l'anziano potrà indicare una persona **appositamente delegata, ai sensi dell'art. 21 comma 2 del D.P.R. 445/2000.**

- nel caso di anziano non autosufficiente incapace di intendere e di volere, il soggetto incaricato della tutela dell'anziano (amministratore di sostegno, tutore, curatore).

- al fine di facilitare la procedura di erogazione dell'eventuale assegno e' **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 6 sito in via Sant'Eusebio n. 32 – Fano al seguente indirizzo: protocollo.sociali@comune.fano.pu.it

In caso contrario eventuali commissioni bancarie saranno a carico del beneficiario del contributo.

Il /La Dichiarante

_____ (firma per esteso e leggibile)