

**Allegato A**

**Ambito Territoriale Sociale 21  
Comune S. Benedetto del Tronto  
Viale De Gasperi, 124  
63074 San Benedetto del Tronto**

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

(DGRM n°328/ 2015 - DGRM n°1697/2018 - DGRM n°473/2019 - Delibera del Comitato dei Sindaci n°5 del 03/10/2019)

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il .....  
residente a.....CAP ..... via .....n.....  
Codice Fiscale..... Tel .....  
Indirizzo Mail .....  
(*indicare solo se diverso dalla residenza*)  
domiciliato a.....CAP .....  
via .....n..... Tel.....  
in qualità di:

persona anziana in situazione di non autosufficienza

*In tal caso è obbligatorio specificare il nominativo e il numero di telefono del familiare di riferimento:*

Nominativo.....Grado di parentela ..... Tel .....

familiare (entro il 4° grado e affine entro il 2°) che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non convivente

soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (specificare se tutore, curatore o amministratore di sostegno).....

**PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA**

per se stesso;

per il/la sig./sig.ra ..... , persona anziana non autosufficiente,  
nato/a a ..... il .....  
residente a.....CAP ..... via .....n.....  
Codice Fiscale ..... Tel.....  
(*indicare solo se diverso dalla residenza*)  
domiciliato a.....CAP .....  
via .....n..... Tel.....

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA che il sottoscritto/la persona non autosufficiente:**

1.  Ha compiuto il 65° anno di età       Compirà 65 anni di età entro la data di scadenza dell'avviso pubblico;

2. È stata dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalida al 100% (vale la certificazione d'invalidità anche per il caso di cecità) ed ha ricevuto il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento oppure è titolare dell'assegno per l'assistenza personale e continuativa erogato dall'INAIL, se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di Accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura;

3. Usufruisce di adeguata assistenza presso il proprio domicilio o altro domicilio privato mediante:

L'intervento di familiari:

- nome e cognome..... legame con anziano .....  
tipo di assistenza fornita (specificare se convivente o non, le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale ovvero giorni della settimana e ore in cui la persona è presente).....

.....  
- nome e cognome..... legame con anziano .....  
tipo di assistenza fornita (specificare se convivente o non, le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale ovvero giorni della settimana e ore in cui la persona è presente).....

.....  
- nome e cognome..... legame con anziano .....  
tipo di assistenza fornita (specificare se convivente o non, le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale ovvero giorni della settimana e ore in cui la persona è presente).....

L'intervento di un Assistente familiare, direttamente incaricata dai familiari o dal potenziale beneficiario, in possesso di regolare contratto di lavoro che provvederà all'iscrizione all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari gestito presso il Centro per l'impiego, l'Orientamento e la Formazione entro dodici mesi dalla concessione del beneficio:

- nome e cognome.....tipo di assistenza fornita (specificare se convivente o non, le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale ovvero giorni della settimana e ore in cui la persona è presente)

L'intervento di un assistente familiare fornita da un ente privato, anche in caso di prestazioni occasionali (specificare le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale ovvero giorni della settimana e ore in cui la persona e l'ente privato che eroga il servizio)

4. Ha già percepito negli anni scorsi l'assegno di cura : SI  NO

5.  Non è ricoverato in una struttura residenziale di cui alle L.R. 20/2002 e L.R. 20/2000 (es. Residenza protetta, RSA, Casa di Riposo)

6. E' consapevole che l'Assegno di cura è incompatibile con il SAD Anziani e l'intervento Home Care Premium dell'INPS ed è alternativo all'Intervento di Assistenza Domiciliare Indiretta indirizzato ai soggetti over 65 anni in situazione di particolare gravità e agli interventi concernenti la Disabilità gravissima (DGRM 1120/2017), pertanto dichiara di:

non di usufruire di alcun intervento/servizio

di usufruire o di aver richiesto il seguente intervento/servizio .....

7. Ha come Medico di medicina generale il/la Dott/ssa.....;

8. Che l'attestazione ISEE dell'anno in corso, riferita all'aspirante beneficiario, ammonta a € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, come dalla dichiarazione sostitutiva unica rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal CAF \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_, scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **(qualora il richiedente, al momento della presentazione della domanda, non fosse in possesso dell'attestazione ISEE dovrà comunque allegare la**

**ricevuta attestante la presentazione della DSU);**

9. Si impegna a comunicare ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (l'ingresso permanente in una struttura residenziale o comunque superiore ai due mesi, il ricovero presso strutture ospedaliere o residenziali per periodi superiori ai 30 giorni, l'accesso al Sad anziani e agli altri interventi incompatibili e alternativi, il decesso, il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, il cambiamento della persona di riferimento, le variazioni contrattuali dell'assistente familiare, le variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, etc.).

**Allega alla presente:**

- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del richiedente e del potenziale beneficiario (se non coincidenti);
- copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'invalidità civile pari al 100% e dell'indennità di accompagnamento (vale la certificazione di invalidità anche per il caso di cecità). In alternativa, copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura. Si specifica che nel caso l'indennità di accompagnamento sia stata riconosciuta in seguito a ricorso giurisdizionale contro il giudizio sanitario della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità, si deve allegare anche la copia del decreto di omologa del requisito sanitario predisposto dal giudice competente;
- nel caso di impiego di un'assistente familiare direttamente incaricata la copia del contratto individuale di lavoro e dell'ultimo bollettino MAV INPS. Nel caso di assistente familiare fornita da un ente privato, anche in forma occasionale, allegare la copia dell'ultimo pagamento delle prestazioni;
- ricevuta attestante la presentazione della DSU, qualora il richiedente, al momento della presentazione della domanda, non fosse in possesso dell'attestazione ISEE.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27.APR.2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI E CHE ABROGA LA DIRETTIVA 95/46/CE (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di San Benedetto del Tronto - comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 21 - nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che i Suoi dati personali (di tipo comune, eventualmente se necessari di tipo particolare-sensibile e/o di tipo giudiziario), sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ed in particolare per adempimenti relativi all'erogazione del servizio di cui all'oggetto del modulo di richiesta ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, email: ambito21@comunesbt.it RUP Maria Simona Marconi, telefono: 0735-794236.

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati dpo@studiopaciecsrl.it - tel. 0541 1795431.

L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore politiche sociali, welfare dei cittadini e sviluppo strategico e presso il sito [www.comunesbt.it](http://www.comunesbt.it)

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

**Firma per presa visione**

\_\_\_\_\_