

**Amministrazione destinataria**

Azienda ASP ambito 9

Ufficio destinatario

Ufficio anziani

Domanda di accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti***Deliberazione della Giunta regionale del 20/04/2015 n. 328*****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

Soggetto interessato

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura per l'Assegno di Cura dell'anno in corso per anziani non autosufficienti.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il sottoscritto o la persona anziana in condizione di non autosufficienza per la quale presenta domanda

- ☒ 1. ha compiuto il 65° anno di età alla data
- ☐ del 01.01 dell'anno corrente nel caso di richiedente dell'assegno di cura nell'anno precedente
 - ☐ del 01.07 dell'anno in corso nel caso di nuovo richiedente
- ☒ 2. è stata dichiarata invalida civile al 100% ed usufruisce dell'indennità di accompagnamento ed in possesso di tale requisito dalla data
- ☐ del 01.01 dell'anno corrente nel caso di beneficiario dell'assegno di cura nell'anno precedente
 - ☐ del 01.07 dell'anno in corso nel caso di nuovo richiedente
- ☒ 3. è titolare dell'assegno per l'assistenza personale e continuativa erogato dall'INAIL, rilasciato a parità di condizioni dell'indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura, ed è in possesso di tale requisito dalla data
- ☐ del 01.01 dell'anno corrente nel caso di beneficiario dell'assegno di cura nell'anno precedente
 - ☐ del 01.07 dell'anno in corso nel caso di nuovo richiedente
- ☒ 4. usufruisce di adeguata assistenza presso il proprio domicilio o altro domicilio privato mediante
- ☐ l'intervento di un familiare
 - ☐ l'intervento di un assistente familiare in possesso di regolare contratto di lavoro
- ☒ 5. al momento della domanda, non è ospite di una struttura residenziale per anziani (casa di riposo, residenza protetta, ecc.)
- ☐ 6. è domiciliato in un Comune diverso da quello di residenza

Comune di residenza

Comune di domicilio (confinante con le Marche)

- ☐ 7. usufruisce o ha usufruito nell'anno in corso di (barrare la voce interessata specificando il periodo di fruizione)

☐ a) progetto Home Care Premium

Periodo di fruizione

☐ b) SAD - Servizio Assistenza Domiciliare

Periodo di fruizione

☐ c) Vita Indipendente

Periodo di fruizione

☐ d) Vita Indipendente di cui alla L.R. 21/2018

Periodo di fruizione

☐ e) Sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare

Periodo di fruizione

☐ f) contributo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima

Periodo di fruizione

- ☐ 8. che è stato ricoverato presso una struttura ospedaliera o residenziale (RSA, Casa di Riposo, Residenza Protetta ecc.) per un periodo superiore a 30 giorni

☐ sì

Periodo

☐ no

DICHIARA INOLTRE

che per quanto riguarda i beneficiari dell'assegno di cura dell'anno precedente

- ☐ che il sottoscritto o la persona anziana per conto della quale presenta domanda è ancora titolare dell'indennità di accompagnamento e che la relativa certificazione già in possesso dell'amministrazione non è stata revocata, sospesa o modificata
- ☐ che non è subentrata una nuova assistente familiare e che pertanto il contratto presentato per il contributo dell'anno precedente e in possesso dell'amministrazione è ancora valido

CHIEDE

in caso di accoglimento della presente richiesta che la liquidazione dell'assegno di cura avvenga con una delle seguenti modalità

- ☐ mediante versamento sul seguente conto corrente, bancario o postale (non libretto) intestato all'anziano beneficiario del contributo

n. conto corrente

Banca o ufficio postale

IBAN

- ☐ mediante versamento sul seguente conto corrente, bancario o postale (non libretto) intestato al firmatario del patto assistenziale

n. conto corrente

Banca o ufficio postale

IBAN

DICHIARA INFINE

di essere a conoscenza del fatto che

- ☒ qualora l'anziano abbia usufruito di SAD comunale, del progetto "Home Care Premium" o del contributo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, per tutto il periodo di coincidenza tra uno degli interventi in elenco e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato
- ☒ in caso di presenza di assistente familiare, la stessa dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Patto l'impegno formale ad iscriversi all'elenco degli assistenti familiari gestito presso i CIOF – Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione, entro 12 mesi dalla concessione del beneficio
- ☒ l'erogazione dell'assegno di cura è subordinata al trasferimento delle relative risorse da parte della Regione Marche per l'anno in corso

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare (facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura dell'anno precedente)
- ☒ copia del documento d'identità del beneficiario
- ☐ copia del verbale di invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento o del riconoscimento dell'assegno per assistenza personale e continuativa Inail (facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura dell'anno precedente)
- ☐ documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'assistente familiare presso il CIOF
- ☐ dichiarazione attestante la mancata iscrizione al registro assistenti familiari presso il CIOF (obbligatoria in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura dell'anno precedente assistito sempre dal medesimo Assistente Familiare)
- ☐ ricevuta dell'avvenuta presentazione della dichiarazione sostituiva unica
- ☐ copia dell'attestazione ISEE (ISEE ordinario)
- ☒ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Jesi

Luogo

Data

il dichiarante