

## AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA D'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2017

(Delibera di Giunta Regionale n. 328/15 - Decreti n. 37/2016 e n. 40/2016 del Dirigente della Posizione di Funzione  
Programmazione Sociale Regione Marche –Determinazione del Responsabile del Servizio n 32/17)

- 1) DESTINATARI:** sono destinatari dell'assegno di cura gli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti residenti nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale N.5, i cui familiari, anche non conviventi, attivano interventi di supporto assistenziale gestiti direttamente o attraverso assistenti familiari, in possesso di regolare contratto di lavoro, nell'ambito di un programma complessivo di assistenza domiciliare predisposto dal Servizio Sociale di residenza in accordo con le Unità Valutative Integrate, finalizzato al mantenimento della persona anziana nel proprio contesto di vita e di relazioni.  
Gli assistenti familiari dei soggetti beneficiari dell'assegno di cura sono tenuti all'iscrizione all'*Elenco regionale degli Assistenti familiari* (DGR n. 118 del 02/02/2009) gestito c/o i CIOF Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione entro 12 mesi dalla concessione del beneficio
- 2) COS'È:** è un contributo economico che costituisce un servizio aggiuntivo al sistema delle cure domiciliari e non un semplice intervento di sostegno al reddito. L'assegno di cura non costituisce vitalizio.
- 3) A COSA SERVE:** a sostenere la famiglia nel proprio carico di cura della persona non autosufficiente. In caso di presenza di più soggetti non autosufficienti nello stesso nucleo familiare viene concesso un massimo di n. 2 assegni, utilizzando come titolo di precedenza la maggiore età e, a parità di età, la valutazione dell'assistente sociale dell'ATS N. 5 in merito alla gravità delle condizioni di salute e al conseguente maggiore bisogno di assistenza.
- 4) REQUISITI D'ACCESSO:** il soggetto non autosufficiente deve essere in possesso, alla data di scadenza della domanda, dei seguenti requisiti al momento di presentazione della domanda:
  - a) Il soggetto anziano non autosufficiente deve essere residente e domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS n5. E' altresì ammesso a presentare richiesta il soggetto residente nell'ATS n5 ma domiciliato in un Comune confinante con l'ATS n 5 e appartenente ad altra Regione.
  - b) Il soggetto non autosufficiente deve aver compiuto 65 anni alla scadenza del presente avviso.
  - c) Il soggetto anziano deve essere dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e deve avere ricevuto il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento.
  - d) Il soggetto usufruisce di adeguata assistenza domiciliare prestata direttamente dalla famiglia nelle modalità verificate dall'Assistente sociale dell'ATS insieme all'Unità Valutativa Integrata per i casi di particolare complessità. Gli interventi assistenziali possono essere gestiti anche da assistenti domiciliari privati in possesso di regolare contratto di lavoro. In quest'ultimo caso alla domanda andrà allegata la seguente documentazione:
    - denuncia di iscrizione all'INPS
    - lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C Super"
    - Ultimo versamento INPS effettuato
    - Indicatore della situazione economica equivalente ISEE (ai sensi del DPCM 159/2013) comprensivo di DSU. Qualora entro il termine fissato per la presentazione delle domande non sia stata rilasciata ancora l'attestazione ISEE, è sufficiente la presentazione della DSU. In tal caso sarà cura dell'Ente acquisire d'Ufficio la certificazione ISEE dalla Banca dati INPS ai fini istruttori.
- 5) COME E QUANDO FARE DOMANDA -** Possono presentare domanda:
  - La persona anziana in situazione di non autosufficienza, in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
  - i familiari o soggetti delegati.
  - Tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana in caso di incapacità temporanea o permanente.

La domanda completa degli allegati previsti, a pena di esclusione, deve essere presentata al Punto Unico di Accesso-Ufficio di Promozione Sociale dell'ATS n5, presso Unione Montana del Montefeltro- Ente capofila, utilizzando l'allegato schema, entro e non oltre

## Venerdì 31 Marzo 2017

**Farà fede esclusivamente il timbro di arrivo al protocollo dell'Ente. (Orario di apertura Ufficio Protocollo: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30).** Eventuali inesattezze formali delle domande possono essere sanate e non determinano esclusione.

### 6) INCOMPATIBILITA'

L'intervento non è cumulabile con:

- il servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).
- gli interventi derivanti dal progetto "Home Care Premium" dell'INPS
- i contributi derivanti dal bando di cui al Fondo nazionale per la non autosufficienza "Disabilità gravissima".

### 7) GRADUATORIA:

viene formulata un'unica graduatoria d'Ambito di durata annuale, in base del minor reddito ISEE e dell'età maggiore in caso di pari ISEE. L'inserimento in graduatoria non dà immediato diritto al contributo; l'erogazione dell'assegno di cura sarà subordinato alla sottoscrizione di un "patto" di assistenza domiciliare che individua i rispettivi impegni tra le parti a garanzia della realizzazione degli interventi assistenziali previsti nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) redatto a seguito di valutazione socio sanitaria.

Al termine dell'istruttoria, verrà data comunicazione degli esiti ai soggetti richiedenti.

La graduatoria è annuale e le dichiarazioni prodotte si intendono valide per la sua durata. In caso di scorrimento della graduatoria per cessazione del beneficio per cause previste dall'avviso pubblico, la decorrenza del beneficio economico per il nuovo soggetto ammesso al contributo, non è retroattiva.

### 8) ENTITA' DELL'ASSEGNO DI CURA:

sulla base delle disponibilità economiche, si prevede che nell'anno 2017 saranno assegnati **n. 71 assegni di cura**. Sono erogabili max n. 2 assegni di cura per ciascun nucleo familiare come specificato al punto 3 del presente avviso. L'entità dell'assegno di cura è di **€ 200,00 mensili** L'assegno sarà erogato di norma con cadenza trimestrale.

### 9) QUANDO PUO' ESSERE INTERROTTO E REVOCATO

- a) In caso di inserimento dell'assegnatario in maniera permanente presso una struttura residenziale
- b) In caso di accesso agli interventi di cui al punto 6) del presente avviso
- c) A seguito del mancato rispetto degli impegni assunti tra le parti e sottoscritti coi destinatari dei contributi nell'ambito del *Piano di Assistenza Individualizzato* e del *Patto per l'Assistenza*, verificati periodicamente dall'Assistente Sociale.
- d) Col venir meno dei requisiti d'accesso al contributo previste dal punto 4) del presente avviso
- e) In caso di rinuncia scritta rilasciata dal soggetto beneficiario
- f) decesso del beneficiario.

In caso di ricovero c/o strutture ospedaliere o residenziali per periodi superiore a 30 gg. l'assegno di cura è sospeso qualora il supporto assistenziale di cui al *Patto per l'assistenza* venga meno durante il periodo di ricovero.

Nei casi di cui alle lettere e) e f) il pagamento dell'assegno relativo alla mensilità di riferimento, verrà corrisposto solo per periodi superiori a 15 gg.

### 10) VERIFICHE

- L'Ente eseguirà tutti i controlli necessari, sulle informazioni autodichiarate e provvederà ad ogni adempimento conseguente la non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. In tal caso oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, verrà altresì revocata anche l'assegnazione dell'assegno di cura.

Qualora le dichiarazioni presentino delle irregolarità o delle omissioni rilevabili d'ufficio, non costituenti falsità, il funzionario competente a ricevere la documentazione dà notizia all'interessato di tale irregolarità. Questi è tenuto alla regolarizzazione o al completamento della dichiarazione; in mancanza il procedimento non ha seguito.

Ai sensi del Decreto legislativo 109/94, art. 4 comma 7, l'Ufficio si riserva inoltre la facoltà di richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correzione di errori materiali o di modesta entità.

L'Ufficio precederà inoltre alle seguenti verifiche:

- Al momento dell'approvazione della graduatoria verranno verificate d'Ufficio tutte le autocertificazioni relative allo stato di famiglia presentate con la domanda d'accesso

- Periodicamente (di norma ogni trimestre) verrà verificata d'ufficio con le Anagrafi dei Comuni di residenza l'esistenza in vita dei beneficiari preventivamente all'erogazione del contributo previsto.

## **11) PAGAMENTO**

La riscossione dell'assegno di cura potrà avvenire da parte di:

- a) nel caso di anziano capace di intendere e di volere.
  - anziano non autosufficiente (richiedente)
  - persona appositamente delegata dall'anziano
- b) nel caso di anziano non autosufficiente incapace di intendere e di volere, il soggetto incaricato della tutela dell'anziano (*amministratore di sostegno, tutore, curatore*).

\*\*\*\*\*

**Gli interessati potranno reperire i modelli di domanda e richiedere informazioni presso:**

**Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito Sociale**

**Unione Montana del Montefeltro Ente capofila dell'ATS n5 - Servizi Sociali – Tel. 0722.727003**

**Punto Unico di Accesso – UPS di Macerata Feltria nei giorni di martedì e giovedì Tel. 0722.728224**

**Distretto Sanitario sede di Macerata Feltria tel. 0722 - 730212**

**Sul sito: [www.unionemontana.montefeltro.pu.it](http://www.unionemontana.montefeltro.pu.it)**

**Si informa inoltre che è possibile accedere al seguente sito internet per consultare l'Albo Regionale delle assistenti familiari regolarmente formate:**

**<http://www.servizisociali.marche.it/Home/AREETEMATICHE/Anzianienonautosufficienti/Elencoassistentifamiliari/tabid/302/Default.aspx>**

Timbro di arrivo al protocollo dell'Ente

*All. a)*  
**MODULO PER SOGGETTI NON BENEFICIARI**  
**DELL'ASSEGNO DI CURA NELL'ANNO 2016**

**ALL' UNIONE MONTANA DEL MONTEFELTRO**  
**ENTE CAPOFILIA DELL'AMBITO TERRITORIALE**  
**SOCIALE N.5**  
**Via Amaducci n.34**  
**61021 Carpegna PU**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA**  
**PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNO 2017**

*(Delibere di Giunta Regionale n.328/15 - Determinazione del Responsabile dei servizi n.32 /17)*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza, in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
- familiare o soggetto delegato (in tal caso allegare apposito modello All. c)
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana in caso di incapacità temporanea o permanente.

**presenta domanda di Assegno di Cura per**

- me medesimo
- il/lsig./sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_,

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

**DICHIARA**

1. Che il soggetto non autosufficiente **non ha beneficiato** dell'assegno di cura nell'anno 2016
2. Che il soggetto non autosufficiente (*barrare la voce che interessa*):
  - è residente e domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS n.5, oppure domiciliato in Comune confinante appartenente ad altra Regione.
  - ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura
  - è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100%
  - ha ricevuto il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento
3. Che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente -ISEE è pari a € \_\_\_\_\_, oppure, nel caso in cui l'ISEE non sia stato ancora rilasciato dall'INPS, viene consegnata la dichiarazione sostitutiva unica (DSU).

4. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente sono in atto interventi assistenziali gestiti: *(barrare la voce che interessa)*:

direttamente dalla famiglia del soggetto. Indicare la persona di riferimento, che di fatto si occupa dell'anziano e che sarà chiamata a sottoscrivere il "patto" di assistenza:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
cell: \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

da assistenti domiciliari privati (badante). Indicare le generalità dell'Assistente familiare

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione prevista dal bando:

- denuncia di iscrizione all'INPS
- lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"
- Ultimo versamento INPS effettuato

5. Che il Medico di medicina generale dell'anziano è il Dott. \_\_\_\_\_

6. Che il soggetto non autosufficiente:

- non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) oppure
- non usufruisce degli interventi derivanti dal progetto "Home Care Premium" dell'INPS
- non percepisce il contributo per l'intervento di "Disabilità gravissima derivante dal bando di cui al Fondo nazionale per la non autosufficienza
- Nel caso in cui nel corso dell'anno il soggetto non autosufficiente risultasse beneficiario di uno degli interventi di ai punti precedenti, si impegna a rinunciare all'assegno di cura di cui alla presente istanza, o agli interventi concessi.

7. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale 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)

8. Di essere consapevole che L'Ente eseguirà tutti i controlli necessari, sulle informazioni autodichiarate e provvederà ad ogni adempimento conseguente la non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. In tal caso oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, verrà altresì revocata anche l'assegnazione dell'assegno di cura.

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

a) nel caso di anziano capace di intendere e di volere.

- l'anziano non autosufficiente (richiedente)
- persona appositamente delegata dall'anziano (allegare apposito modello All. e)

b) nel caso di anziano non autosufficiente impossibilitato a compiere l'atto di delega:

- Tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana in caso di incapacità temporanea o permanente.

mediante:

Conto Corrente postale (escluso C/C a soli fini pensionistici INPS) IBAN .....  
Intestato a : .....

Conto Corrente bancario IBAN .....  
Intestato a : .....

Assegno circolare non trasferibile intestato a .....

**Allega alla presente:**

- delega alla presentazione dell'istanza All. c)
- attestazione I.S.E.E. completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- autocertificazione stato di famiglia All. d)
- copia del verbale di invalidità civile
- copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.
- delega alla riscossione All. e)
- copia di un valido documento di riconoscimento di chi sottoscrive l'istanza (DPR 445/2000)
- copia di un valido documento di riconoscimento della persona anziana (qualora non coincidente con la persona richiedente)
- copia atto di nomina del tutore/amministratore di sostegno
- Nel caso in cui l'intervento di assistenza venga effettuato tramite assistente familiare (badante):
  - denuncia di iscrizione all'INPS
  - lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"
  - Ultimo versamento INPS effettuato
- Altro \_\_\_\_\_

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_ (firma leggibile)

---

**INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile Signore/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 al servizio "Servizi sociali" 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'Unione Montana del Montefeltro Ente capofila dell' ATS n5, quale titolare del trattamento 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, ASUR Marche, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.) I dati verranno altresì conservati nelle rispettive banche dati.
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n. 328/15
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alle D.G.R. Marche n. 328/15. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. I dati verranno trattati anche in ottemperanza alle "disposizioni riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" di cui al D.Lgs. 14.03.2013 n. 33. In ottemperanza alle indicazioni contenute nel provvedimento n. 49 del 07/02/2013 del Garante per la Protezione dei dati personali in merito alla pubblicazione dei dati personali, i dati personali relativi ai soggetti interessati dal provvedimento verranno secretati;
6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti dell' ente titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, 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.
7. 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 erogazione all' ATS n. 5 del contributo regionale.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il sottoscritto, 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 \_\_\_\_\_

Timbro di arrivo al protocollo dell'Ente

*All. b)*  
**MODULO PER SOGGETTI GIA' BENEFICIARI**  
**DELL'ASSEGNO DI CURA NELL'ANNO 2016**

**ALL' UNIONE MONTANA DEL MONTEFELTRO**  
**ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO**  
**TERRITORIALE SOCIALE N.5**  
**Via Amaducci n.34**  
**61021 Carpegna PU**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA**  
**PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNO 2017**

*(Delibere di Giunta Regionale n.328/15 - Determinazione del Responsabile del servizio n n.32 /17)*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza, in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
- familiare o soggetto delegato (in tal caso allegare apposito modello All. c)
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana in caso di incapacità temporanea o permanente.

**presenta domanda di Assegno di Cura per**

- me medesimo
- il/lsig./sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_,

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

**DICHIARA**

1. Che il soggetto non autosufficiente **ha beneficiato** dell'assegno di cura nell'anno 2016
2. Che il soggetto non autosufficiente (*barrare la voce che interessa*):
  - è residente e domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS n.5, oppure domiciliato in Comune confinante appartenente ad altra Regione.
  - ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura
  - è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100%
  - ha ricevuto il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento
3. Che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente -ISEE è pari a € \_\_\_\_\_, oppure, nel caso in cui l'ISEE non sia stato ancora rilasciato dall'INPS, viene consegnata la dichiarazione sostitutiva unica (DSU).

4. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente sono in atto interventi assistenziali gestiti: (barrare la voce che interessa):

direttamente dalla famiglia del soggetto. Indicare la persona di riferimento, che di fatto si occupa dell'anziano e che sarà chiamata a sottoscrivere il "patto" di assistenza:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

da assistenti domiciliari privati (badante). Indicare le generalità dell'Assistente familiare

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione prevista dal bando:

- denuncia di iscrizione all'INPS
- lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"
- Ultimo versamento INPS effettuato

5. Che il Medico di medicina generale dell'anziano è il Dott. \_\_\_\_\_

6. Che il soggetto non autosufficiente:

- non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) *oppure*
- non usufruisce degli interventi derivanti dal progetto "Home Care Premium" dell'INPS
- non usufruisce dell'intervento di Assistenza Domiciliare Indiretta indirizzato ai soggetti over 65 anni in situazione di "particolare gravità" di cui agli interventi del Fondo nazionale per la non autosufficienza "Disabilità gravissima".
- Nel caso in cui nel corso dell'anno il soggetto non autosufficiente risultasse beneficiario di uno degli interventi di ai punti precedenti, si impegna a rinunciare all'assegno di cura di cui alla presente istanza, o agli interventi concessi.

7. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale 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.)

8. Di essere consapevole che L'Ente eseguirà tutti i controlli necessari, sulle informazioni autodichiarate e provvederà ad ogni adempimento conseguente la non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. In tal caso oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, verrà altresì revocata anche l'assegnazione dell'assegno di cura.

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

a) nel caso di anziano capace di intendere e di volere.

- l'anziano non autosufficiente (richiedente)
- persona appositamente delegata dall'anziano (allegare apposito modello All. e)

b) nel caso di anziano non autosufficiente impossibilitato a compiere l'atto di delega:

- Tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana in caso di incapacità temporanea o permanente.

mediante:

- Conto Corrente postale (escluso C/C a soli fini pensionistici INPS) IBAN ..... Intestato a : .....
- Conto Corrente bancario IBAN ..... Intestato a : .....
- Assegno circolare non trasferibile intestato a .....



**Allega alla presente:**

- delega alla presentazione dell'istanza All. c)
- attestazione I.S.E.E. completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- autocertificazione stato di famiglia All. d)
- delega alla riscossione All. e)
- copia di un valido documento di riconoscimento di chi sottoscrive l'istanza (DPR 445/2000)
- copia di un valido documento di riconoscimento della persona anziana (qualora non coincidente con la persona richiedente)
- Nel caso in cui l'intervento di assistenza venga effettuato tramite assistente familiare (badante):
  - denuncia di iscrizione all'INPS
  - lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"
  - Ultimo versamento INPS effettuato
- Altro \_\_\_\_\_

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

---

**INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile Signore/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:

8. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
9. Il trattamento dei dati avverrà presso l'Unione Montana del Montefeltro Ente capofila dell'ATS n5, quale titolare del trattamento 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, ASUR Marche, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.) I dati verranno altresì conservati nelle rispettive banche dati.
10. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche 328/15
11. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alle D.G.R. Marche n. 328/15. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
12. I dati verranno trattati anche in ottemperanza alle "disposizioni riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" di cui al D.Lgs. 14.03.2013 n. 33. In ottemperanza alle indicazioni contenute nel provvedimento n. 49 del 07/02/2013 del Garante per la Protezione dei dati personali in merito alla pubblicazione dei dati personali, i dati personali relativi ai soggetti interessati dal provvedimento verranno secretati;
13. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti dell'ente titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, 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.
14. 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 erogazione all'ATS n. 5 del contributo regionale.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il sottoscritto, 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 \_\_\_\_\_

**DELEGA ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA “ASSEGNO DI CURA” – ANNO 2017**

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a .....il .....  
residente a .....in via .....n .....

**DELEGO**

mia/o.....  
(relazione di parentela)

*cognome e nome*

nata/o a .....il .....  
residente a .....in via .....n.....  
tel.....cell.....CF.....

**Alla presentazione per mio conto della domanda di accesso al contributo “assegno di cura” anno 2017**

Sono informati ed autorizzano la raccolta dei dati per l’emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del D.lgs 196/2003 .

\_\_\_\_\_ li,

Il delegante

\_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA**

(Art. 46 - lettera f) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna 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 la propria famiglia residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(comune) (provincia)

via/piazza \_\_\_\_\_ è così composta:  
(indirizzo e numero civico)

- 1) il/la dichiarante
- 2) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 3) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 4) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 5) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 6) \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(1)  
**Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)**

**Si allega valido documento di identità del dichiarante in corso di validità**

(1) La firma non va autenticata, nè deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

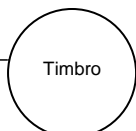
**Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.**

**Caso in cui il dichiarante non sappia o non possa firmare**

Il sottoscritto, pubblico ufficiale, attesta che la sopra indicata dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato a mezzo di \_\_\_\_\_

che non può sottoscriverla in quanto non  sa firmare  può firmare.

data \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
(firma per esteso del pubblico ufficiale)

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE**

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n .....

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE dell'ASSEGNO DI CURA**

mia/o.....  
(relazione di parentela)

.....  
*cognome e nome*

nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n.....  
tel..... cell.....CF.....

Sono informati ed autorizzano la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del D.lgs 196/2003 .

\_\_\_\_\_ li,

Il delegante

\_\_\_\_\_