

MODELLO DI DOMANDA

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 24
CORSO G. MATTEOTTI, 46/48
63854 SANTA VITTORIA IN MATENANO (FM)

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

(Delibera di Giunta Regionale n. 848 del 04/06/2024)

Il/La sottoscritto/a.....

Codice Fiscale.....

nato/a il.....a.....(Prov.....)

residente a.....(Prov.....)Via.....n.

Tel.....

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

☐ persona anziana in situazione di non autosufficienza

oppure

☐ familiare convivente o non con l'anziano

☐ soggetto incaricato della tutela

per il/la Sig/Sig.rapersona anziana in
situazione di non autosufficienza

nato/a il a(Prov.....)

residente a (Prov.....)Vian.....

Tel.....Codice Fiscale.....

(indicare solo se diverso dalla residenza)

Domiciliato/a a(Prov.....)in Via.....n.....

Tel.....

CHIEDE

L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000;

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

1. ha compiuto il 65° anno di età alla data di scadenza del bando;
2. è residente in uno dei comuni dell'ATS 24;

3. è stato/a dichiarato/a non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100%;
4. usufruisce dell'indennità di accompagnamento o in possesso del verbale di riconoscimento dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL;
5. che la situazione economica, calcolata sull'I.S.E.E. Ordinario e/o Socio-Sanitario (anche in modalità ristretta), in corso di validità, è di €.....;
6. usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:
- direttamente da un familiare (**indicare la persona di riferimento: nome, cognome, indirizzo e recapito telefonico**.....);
 - con l'aiuto di assistente familiare privato in possesso di regolare contratto di lavoro;
(*barrare la voce che interessa*)
7. che il medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dottor.....;

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita con l'avviso pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili;
- di essere consapevole che l'attestazione I.S.E.E. allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Allega alla presente:

- ☐ copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- ☐ attestazione I.S.E.E. Ordinario e/o Socio-Sanitario (anche in modalità ristretta) del nucleo familiare a cui la persona anziana appartiene, in corso di validità, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.);
- ☐ copia del verbale di invalidità civile al 100%;
- ☐ copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o in possesso del verbale di riconoscimento dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL;
- ☐ copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare privato (da allegare, qualora l'assistenza sia gestita con l'aiuto di un'assistente familiare privato); oltre alla documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dello stesso nell' Elenco Regionale degli Assistenti Familiari gestito dal CIOF, nel caso di anziano beneficiario dell'Assegno di Cura nell' anno 2025 assistito dal medesimo Assistente Familiare.

Luogo e data,

IL RICHIEDENTE
