

FAC-SIMILE DI COMUNICAZIONE RISERVATA AI GIÀ BENEFICIARI DELL'ASSEGNO DI CURA

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

OGGETTO: Assegno di cura per anziani non autosufficienti – COMUNICAZIONE.

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 già beneficiaria dell'assegno di cura nell'anno 2025.

oppure

☐ familiare convivente o non con l'anziano

☐ soggetto incaricato della tutela

per il/la Sig/Sig.ra persona anziana in
situazione di non autosufficienza, già beneficiaria dell'assegno di cura nell'anno 2025.

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.....

COMUNICA

la volontà di continuare ad usufruire del beneficio in oggetto e trasmette in allegato l'attestazione ISEE 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.) entrambe timbrate e firmate in originale dal CAF, 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, nonché la documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'assistente familiare privato, qualora l'assistenza sia effettuata da quest'ultimo, nell'Elenco Regionale degli Assistenti Familiari gestito dal CIOF (Centro per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione), nel caso in cui l'anziano beneficiario dell'assegno di cura sia stato assistito, nell'anno precedente, dal medesimo assistente familiare.

Luogo e data _____

Firma _____