

AL SINDACO
DEL COMUNE DI

Codice	Fiscale	(da allegare)
001	001	001
002	002	002
003	003	003
004	004	004
005	005	005
006	006	006
007	007	007
008	008	008
009	009	009
010	010	010
011	011	011
012	012	012
013	013	013
014	014	014
015	015	015
016	016	016
017	017	017
018	018	018
019	019	019
020	020	020
021	021	021
022	022	022
023	023	023
024	024	024
025	025	025
026	026	026
027	027	027
028	028	028
029	029	029
030	030	030
031	031	031
032	032	032
033	033	033
034	034	034
035	035	035
036	036	036
037	037	037
038	038	038
039	039	039
040	040	040
041	041	041
042	042	042
043	043	043
044	044	044
045	045	045
046	046	046
047	047	047
048	048	048
049	049	049
050	050	050
051	051	051
052	052	052
053	053	053
054	054	054
055	055	055
056	056	056
057	057	057
058	058	058
059	059	059
060	060	060
061	061	061
062	062	062
063	063	063
064	064	064
065	065	065
066	066	066
067	067	067
068	068	068
069	069	069
070	070	070
071	071	071
072	072	072
073	073	073
074	074	074
075	075	075
076	076	076
077	077	077
078	078	078
079	079	079
080	080	080
081	081	081
082	082	082
083	083	083
084	084	084
085	085	085
086	086	086
087	087	087
088	088	088
089	089	089
090	090	090
091	091	091
092	092	092
093	093	093
094	094	094
095	095	095
096	096	096
097	097	097
098	098	098
099	099	099
100	100	100

residente in via Tel

☐ persona anziana invalida non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento oppure

☐ familiare (convivente o no) che attiva interventi di supporto assistenziale a favore di:

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di:

anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento

Codice Fiscale (da allegare alla presente)

nato/a il a

residente in via Tel

di essere domiciliato (ai fini della visita domiciliare) in

viaTel

CHIEDE

L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA PER L'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNUALITA' 2018/2019

secondo i criteri e le modalità stabiliti con DGR n. 1697/2018 ed il pubblico avviso approvato con Determinazione Dirigenziale del Comune di Fermo n. 69 del 08/02/2019. R.G. 265

A tal fine, 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),

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE, ALLA DATA DI SCADENZA DELL'AVVISO:

1. ha compiuto/compirà il 65° anno di età;
2. è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%;
3. è titolare di indennità di accompagnamento, o dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL;

N.B. Verificare, se il verbale di riconoscimento dell'invalidità al 100% indica un termine di revisione, che tale termine sia successivo alla data di scadenza del pubblico avviso; in caso contrario andrà prodotta in allegato a questa domanda adeguata documentazione relativa al mantenimento della titolarità dell'indennità di accompagnamento prima dell'approvazione della graduatoria definitiva.

4. e' residente in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 19.
5. usufruisce di una adeguata assistenza presso la propria residenza o presso altro domicilio privato, gestita (*barrare la voce che interessa*):
 - ☐ direttamente dal nucleo familiare, anche non convivente;
 - ☐ con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro (*da allegare alla presente*).
6. usufruisce del SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare: (*barrare la voce che interessa*):
 - ☐ SI (indicare il periodo);
 - ☐ NO.
7. usufruisce delle prestazioni del progetto Home Care Premium: (*barrare la voce che interessa*):
 - ☐ SI (indicare il periodo);
 - ☐ NO.
8. ha presentato domanda per accesso all'intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016, di cui all'Avviso Pubblico dell'ATS XIX del 28/11/2017:
 - ☐ SI;
 - ☐ NO.

DICHIARA

Che l'importo dell' **ISEE Socio-Sanitario o Ordinario**, in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, e riferito al nucleo familiare dell'anziano, è pari a E. come dal computo del C.A.A.F. di

..... in data

N.B. la presente dichiarazione potrà essere sottoposta a verifiche e controlli da parte del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'erogazione dell'assegno di cura per l'annualità 2018/2019 e di conoscere tutte le prescrizioni in esso contenute, in particolare:
- Di essere a conoscenza che l'inserimento in posizione utile in graduatoria non dà diritto al contributo che è subordinato a:
- visita domiciliare da parte di Assistente Sociale che verifica la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita
 - esito della valutazione professionale dell'Assistente Sociale.
 - conclusione di un "patto" di assistenza domiciliare, contenente gli impegni e i percorsi assistenziali a carico della famiglia, la qualità di vita da garantire alla persona assistita e le modalità di utilizzo dell'assegno di cura.
- Di essere a conoscenza che:
- qualora l'anziano abbia usufruito del servizio SAD, dell'intervento *Home Care Premium*, o dell'intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016, per il periodo di coincidenza tra uno degli interventi citati e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato;
 - **in caso di presenza di assistente familiare la stessa è tenuta ad iscriversi – entro 12 mesi dalla concessione del beneficio - all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari (DGR. 118 del 02/02/2009) gestito presso il Centro per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione (CIOF);**
- Di essere a conoscenza che in fase di definizione del procedimento, e in particolare finché non viene verificata dall'A.S. la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza nel proprio ambiente di vita, non è acquisibile alcuna aspettativa circa l'erogazione del contributo; pertanto in caso di: *decesso, inserimento permanente in struttura residenziale, accesso al servizio SAD, accesso all'Intervento Home Care Premium, o all'Intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016* venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste dall'intervento, prima del termine dell'istruttoria e della stipula del patto di assistenza domiciliare la presente domanda di assegno di cura presentata decade, e si procede allo scorrimento della graduatoria.
- Di impegnarsi, in caso di accoglimento della presente istanza, a comunicare nel termine di 10 giorni e comunque ogni qual volta l'Ambito Territoriale Sociale n. 19 lo richieda, ogni variazione che 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).
- Di essere a conoscenza che, ai fini della riscossione del contributo, è autorizzato a riscuotere l'assegno:
- nel caso di anziano non autosufficiente capace di intendere e di volere: l'anziano stesso indicato come beneficiario o, in caso di impossibilità, persona appositamente delegata ex art. 21 comma 2 D.P.R. 445/200;
 - nel caso di anziano non autosufficiente incapace di intendere e di volere, il soggetto incaricato della tutela dell'anziano (*amministrazione di sostegno, tutore, curatore*).

N.B. In riferimento alla prima ipotesi si precisa che l'anziano dovrà essere intestatario o cointestatario di un conto corrente bancario o postale (quest'ultimo solo se NON associato ad un libretto postale con ABI 07601 e CAB 03384); in alternativa, l'anziano

potrà indicare una persona appositamente delegata, ai sensi dell'art. 21 comma 2 del D.P.R. 445/2000.

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Allega:

1. Copia di un **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO e CODICE FISCALE** del richiedente ed eventualmente dell'anziano potenziale beneficiario dell'assegno (se non coincidente con il richiedente);
2. Copia del **VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE** attestante il possesso dell'**indennità di compagno**;
3. **ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO O ISEE ORDINARIO**, in corso di validità, rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, riferita al nucleo familiare in cui è presente l'anziano non autosufficiente.
4. Copia del **CONTRATTO DI LAVORO INDIVIDUALE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE** *(Nel caso in cui l'intervento assistenziale sia svolto da un Assistente Familiare)*;

Li _____

Il richiedente
