

Al Comune di .....  
.....

**DOMANDA D'ACCESSO servizio di Assistenza Domiciliare Anziani -**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

IL \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
( ) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono  
\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare la voce che interessa):

- persona anziana ultrasessantacinquenne, autosufficiente o parzialmente o totalmente non autosufficienti, con invalidità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92 in condizione di non autosufficienza;
- familiare (parente entro il 4° grado o affine entro il 2°) che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non convivente;
- soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno);

presenta domanda di Servizio di Assistenza Domiciliare

per il/sig./sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente 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**

Che il soggetto (come sopra individuato) e':

- residente, nei termini di legge, nel comune di \_\_\_\_\_ ed ivi domiciliato;
- cittadina/o ultra sessantacinquenne con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1 lett B)
- cittadina/o ultra sessantacinquenne in situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92

cittadina/o ultra sessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili al 100% (D. Lgs. 124/98 art. 5 comma 7)

cittadina/o ultra sessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, in possesso di specifica certificazione di invalidità tra il 67% e il 99%

Che il soggetto non autosufficiente non percepisce i seguenti benefici o servizi:

- Assegno di Cura;
- Intervento Home Care Premium effettuato dall'INPS;
- Contributo per disabilità gravissima;
- Servizio di Assistenza Domiciliare erogato dall'Amministrazione comunale,
- inserimento permanente in strutture residenziali di cui alle L.R. 20/2002 e L.R. 20/2000 e s.m.i (es. residenze protette, RSA).

Gli anziani beneficiari dei summenzionati interventi possono presentare domanda per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, ma qualora successivamente all'approvazione della graduatoria rientrino tra gli aventi diritto, il servizio potrà essere erogato solo previa cessazione degli interventi/contributi di che trattasi

Di essere consapevole che le dichiarazioni rese saranno soggette a verifiche d'ufficio e che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Allega alla presente:

1. attestazione I.S.E.E. ordinario, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013 e relativi decreti attuativi;
2. copia dell'ultimo verbale di invalidità civile al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
3. Copia dell'ultimo verbale di invalidità civile con riconoscimento di una percentuale che va dal 67 al 99%;
4. copia di un valido documento di identità del richiedente.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente

**Il sottoscritto dichiara di essere stato informato, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che:**

- i dati sopra riportati prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa per le attività ad esso correlate e conseguenti;
- il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dalla legge e dai provvedimenti del Garante per la Protezione dei dati Personali;
- il trattamento sarà effettuato con modalità manuali e/o informatizzate, in particolare verrà utilizzato il Sistema Informativo per la Non Autosufficienza – SINA, che andrà poi ad integrarsi con il NSIS (sistema informativo sanitario su domiciliarità e residenzialità);
- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- il mancato conferimento di alcuni dati o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- i dati conferiti, compresi quelli sensibili, saranno comunicati per gli adempimenti procedurali ad altri soggetti pubblici;
- il dichiarante può esercitare i diritti di cui al titolo II del Codice in materia di protezione dei dati personali (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, ecc.) avendo come riferimento il Comune di Ascoli Piceno in qualità di capofila dell'ATS 22;
- la cancellazione dei dati comporta l'annullamento del procedimento di erogazione dei contributi di cui alla presente richiesta;
- il titolare del trattamento è il Comune di Ascoli Piceno capofila dell'ATS 22.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente