

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

AL PRESIDENTE DELL' UNIONE
MONTANA DEI SIBILLINI
PIAZZA IV NOVEMBRE N.2
63087 COMUNANZA

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 2020.

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 2020

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 I.S.E.E SOCIO-SANITARIO 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, 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 _____