



# Unione Montana "Marca di Camerino"

Comuni di Acquacanina, Camerino, Fiastra, Muccia, Pieve Torina, Serravalle di Chienti

Allegato 1

**Unione Montana  
Marca di Camerino  
Ente capofila dell'ATS 18  
Via V. Varano, 2  
62032 Camerino (MC)**

## DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2019

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare o soggetti delegati
- tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

### presenta domanda di Assegno di Cura per

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Telefono \_\_\_\_\_  
(*indicare solo se diverso dalla residenza*)  
domiciliato 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**  
**(barrare le voci che interessano)**

1. Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS 18
2. Di essere domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS 18 presso \_\_\_\_\_
3. Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura, è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.
4. Di usufruire al momento della presentazione della domanda dell'indennità di accompagnamento
5. che la situazione economica, calcolata sull'ISEE ordinario corrente (*in corso di validità dall'uscita del Bando*) è di € \_\_\_\_\_.
6. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente dalla famiglia del soggetto

indicare la persona di riferimento:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_

Indicare giorni e orari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_

Indicare giorni e orari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_

Indicare giorni e orari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_  
Indicare giorni e orari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- da assistente domiciliare privato **in possesso di regolare contratto di lavoro.**

Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_; Numero UNILAV \_\_\_\_\_ ore lavorative  
settimanali \_\_\_\_\_.

Calendario (giorni ed orario) settimanale dell'assistenza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- La sopracitata assistente familiare è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF - Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione di \_\_\_\_\_
- La sopracitata assistente familiare al momento **non** è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF - Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione

7. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il  
Dr. \_\_\_\_\_

8. Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura** nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione 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*)

9. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE ordinario, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

10. Che la modalità di riscossione, è la seguente:

**Riscossione tramite Conto corrente bancario/postale:**

IBAN: \_\_\_\_\_

Presso filiare \_\_\_\_\_

Allega obbligatoriamente alla presente:

- attestazione I.S.E.E. ordinario completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica - ultimo periodo di imposta;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;



- copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- autodichiarazione sulla situazione socio/sanitaria e di assistenza (allegato 2) da compilare solo da parte dei beneficiari del Bando assegno di cura 2017 (contributo erogato nell'anno 2018).
- Informativa privacy sottoscritta

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_



**INFORMATIVA ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016 – 679  
(GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)**

Gentile Signore/a,

ai sensi della normativa indicata il trattamento, relativo ai servizi erogati, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti, pertanto ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016 – 679 le forniamo le seguenti informazioni:

**Dati trattati e finalità del trattamento.** Raccogliamo i seguenti dati: - dati personali identificativi, di contatto e di pagamento: informazioni relative al nome, numero di telefono, residenza, informazioni relative al pagamento della quota parte del servizio; - dati personali sensibili (particolari): dati relativi allo stato di salute attinenti alla salute fisica o mentale passata, presente e futura, raccolti direttamente dai dipendenti dell'ASP in relazione alla richiesta del servizio erogato; - dati personali giudiziari: e cioè quelli che possono rivelare l'esistenza di determinati provvedimenti giudiziari soggetti ad iscrizioni nel casellario giudiziale (ad esempio, i provvedimenti penali di condanna definitiva, la liberazione condizionale, il divieto od obbligo di soggiorno, le misure alternative alla detenzione) o la qualità di imputato o di indagato. Il trattamento dei suoi dati (ad es. registrazione, modifica, conservazione, cancellazione) e il suo consenso al trattamento degli stessi è condizione necessaria per una adeguata erogazione ed esecuzione di tutti i servizi erogati dall'ATS 18 e per il corretto assolvimento degli adempimenti contabili/ amministrativi.

**Modalità di trattamento.** Il trattamento dei dati sarà improntato nel pieno rispetto delle norme di legge, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici/telematici idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e comunque con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere. Il conferimento dei dati è necessario. Il rifiuto o la mancata comunicazione dei dati o l'opposizione integrale/parziale al loro trattamento potrà comportare l'impossibilità di fornire i servizi richiesti.

**Comunicazione dei dati a terzi (Destinatari dei dati).** I dati saranno trattati dal Titolare, dai Responsabili del trattamento e da eventuali persone autorizzate al trattamento sotto la diretta responsabilità del Titolare o del Responsabile secondo apposite istruzioni. In particolare i dati potranno essere comunicati a soggetti terzi, quali ad esempio – Società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza e collaborazione nei nostri confronti in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria; - P.A. es comune, S.S.N., per lo svolgimento delle funzioni istituzionali; - terzi fornitori di servizi (le Ditte aggiudicatrici di appalti) cui la comunicazione sia necessaria per l'adempimento delle prestazioni oggetto da contratto; istituti di Credito per l'erogazione di contributi di varia natura o nel caso in cui sia richiesta la compartecipazione dell'utente nel costo del servizio; Distretto Sanitario e Unità Valutativa Integrata competente per il territorio per consentire le valutazioni delle domande di ingresso nelle strutture residenziali. I dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni e verifiche a organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge. I dati sensibili non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno trattati necessariamente per il corretto adempimento dei compiti dell'Unità Operativa.

**Trasferimento dei dati a Paesi terzi (al di fuori dell'Unione Europea).** I nessun caso si trasferirà i dati personali e sensibili ad un Paese terzo o ad una organizzazione internazionale; tuttavia si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud e in tal caso i fornitori dei servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'articolo 46 GDPR 2016/679.

**Periodo di conservazione dei dati.** I dati personali e sensibili saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per i quali sono raccolti e tratti e comunque per un periodo minimo di 5 anni. Decorso tale periodo di conservazione, i dati potranno essere distrutti e/o cancellati. Nel caso dovessero instalarsi controversie legali, i dati personali saranno trattati ai fini della difesa degli interessi dell'ATS 18 ente capofila Unione Montana Marca di Camerino.

**Diritto di accesso ai dati e altri diritti:**

- Diritto di accesso.** Ha il diritto di ottenere la conferma che si è in corso o meno un trattamento dei dati e, in tal caso, avere le seguenti informazioni: le finalità del trattamento, le categorie di dati personali trattati, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, i periodo di conservazione dei dati.
- Diritti di rettifica, cancellazione e limitazione.** Può sempre chiedere la rettifica dei dati inesatti, la cancellazione dei dati che la riguardano nel rispetto delle eccezioni indicate nel articolo 17, e comunque non prima di 5 anni, la limitazione del trattamento degli stessi.
- Diritto di opposizione.** Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali per motivi connessi ad una situazione particolare in grado di legittimare la sua decisione e a condizione che non sussista alcun interesse legittimo prevalente del titolare.
- Diritto alla portabilità.** Ove tecnicamente possibile, Lei ha diritto di ricevere – nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento se ha un contratto o il consenso e lo stesso se effettuato con mezzi automatizzati- i suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico.
- Diritto di revoca del consenso.** Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per uno o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni o particolari categorie di dati, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Diritto di reclamo.** Lei ha il diritto di proporre reclamo al garante per la protezione dei dati personali ( [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it))

**Modalità di esercizio dei diritti.** L'esercizio dei suddetti diritti può essere esercitato in qualsiasi momento inviando una richiesta al: **titolare del trattamento Ambito Territoriale Sociale 18 ente capofila Unione Montana Marca di Camerino**, Via V. Venanzio n. 2 62032 Camerino (MC) tel. 0737.6175216 email [ats18@unionemarcadicamerino.it](mailto:ats18@unionemarcadicamerino.it). Modifiche. La presente informativa potrebbe essere soggetta a variazione per modifiche e/o integrazioni della normativa di riferimento.

Presa visione e letta l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui sopra e pienamente informato/a delle finalità, modalità e caratteristiche del trattamento, nonché dell'identificazione del Titolare del Trattamento.

- DO IL CONSENSO  
 NEGO IL CONSENSO

DATA .....

FIRMA DEL'INTERESSATO o TUTORE LEGALE

FIRMA DEL RICHIEDENTE, se diverso dall'interessato



**AUTODICHIARAZIONE**

**(da compilare solo se nell'anno 2018 – Bando 2017 - si era beneficiari dell'assegno di cura)**

**BANDO ASSEGNO DI CURA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 2018/2019**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
- familiare della persona anziana non autosufficiente
- tutore/curatore/amministratore di sostegno, assistente familiare, che di fatto si occupa della tutela della persona anziana non autosufficiente

**DICHIARA CHE:**

- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è invariato rispetto l'anno passato;
- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è invariata rispetto l'anno passato;
- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- l'anziano (beneficiario) non è ospite di una struttura residenziale e domicilia presso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Le modalità di pagamento "Assegno di cura anziani non autosufficienti" sono confermate quelle riportate nella domanda di accesso.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL'INTERESSATO o TUTORE LEGALE

.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE, se diverso dall'interessato

.....