

ATS XIX - DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI EX DGR. 328/2015 -ANNUALITA' 2017/2018.

AL SINDACO

DEL COMUNE DI

.....

Il sottoscritto/a.....

Codice Fiscale (da allegare)

.....

nato/a il a.....

residente in via Tel.....

quale: (barrare la voce che interessa)

- ☐ 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:

sig./sig.ra

.....

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' 2017/2018

secondo i criteri e le modalità stabiliti con DGR n. 328/2015 ed il pubblico avviso approvato con Determinazione Dirigenziale del Comune di Fermo n. 27 del 17.01.2018 R.G. 73

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 2017: (*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 2017/2018 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. 445/2000;
 - 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 accompagnamento**;
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.

Se l'intervento assistenziale è svolto da un Assistente Familiare, il modello di domanda dovrà inoltre essere corredato da:

4. Copia del **Contratto di lavoro individuale dell'Assistente Familiare**;
5. Documentazione attestante l'avvenuta **iscrizione dell'Assistente Familiare all'Elenco Regionale gestito dai CIOF** o dichiarazione attestante la motivazione della mancata iscrizione (*obbligatoria nel caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura nell'anno 2017 assistito dal medesimo Assistente Familiare*);

Li _____

Il richiedente
