



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia
ENTE CAPOFILA: COMUNE DI MACERATA

All'ATS n° 15 - Comune di _____

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2020

(Delibera di Giunta Regionale n. 1138 del 30.09.2019)

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____ nato/a _____ (____)
il _____ residente a _____ (____)
CAP _____ in (indicare via/contrada o piazza) _____
n. _____, e-mail _____
telefono/cellulare _____

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza ma in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- familiare che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o si prende cura dello stesso anche se non convivente;
- soggetto (tutore/curatore/amministratore di sostegno) incaricato alla tutela della persona anziana.

presenta domanda di accesso all'ASSEGNO DI CURA ANNO 2020

per il/la Signor/Signora _____
codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____
in (indicare via/contrada o piazza) _____ n. _____,
telefono _____

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a _____ (____) CAP _____
in (indicare via/contrada o piazza) _____ n. _____,
telefono _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO:

1. È residente, nei termini di legge, in uno dei Comuni dell'ATS n.15 (ed ivi domiciliato o domiciliato nel territorio della Regione Marche o in un Comune ad essa confinante).



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILIA: COMUNE DI MACERATA

2. Ha compiuto 65 anni alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura 2020.
3. Non è inserito in struttura residenziale (Casa di riposo, Residenza protetta, ecc).
4. È stato/a dichiarato/a non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% (vale la certificazione di invalidità anche per il caso di cecità) e usufruisce di indennità di accompagnamento.
Vige, in ogni caso, l'equiparabilità dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell'indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo alla stessa misura.
5. E' consapevole che non saranno ammesse a contributo le domande che hanno in corso di valutazione il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.
6. Di essere provvisto di Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di ISEE, a norma del DPCM 159/2013.
7. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE utilizzata per la presente procedura potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.
8. A suo sostegno sono in atto interventi assistenziali gestiti:
 - direttamente dalla famiglia
 - da assistente domiciliare privata.
9. Di essere a conoscenza che l'Assistente familiare privata si deve impegnare, ai sensi della D.G.R. 328/2015, all'iscrizione nell'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118 del 2.02.2009), presso il Centro per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione (entro 12 mesi dalla concessione del beneficio).
10. Di essere consapevole che l'assistenza erogata presso il domicilio dell'anziano sarà verificata dall'Assistente Sociale dell'Ufficio di promozione sociale del Comune di residenza o dell'Ambito Territoriale Sociale n. 15 e per i casi di maggiore complessità, assieme all'Unità Valutativa Integrata (UVI) del Distretto sanitario ASUR AREA VASTA 3.
11. In aggiunta e ad integrazione di quanto precedentemente dichiarato, specifica:
 - Di non essere beneficiario di uno o più servizi socio-assistenziali (domiciliari e non) rivolti ad anziani e riconosciuti dal Comune di residenza (es: sad demenze,...);
 - Di non essere beneficiario del servizio Sad Demenze ovvero il "Servizio Assistenza Domiciliare a favore di anziani ultra65enni affetti da Alzheimer o demenza" gestito in forma associata dell'ATS 15;
 - Di non essere beneficiario dell'intervento relativo la "disabilità gravissima" e al progetto "vita indipendente" di cui alla D.G.R. 1138/2019;

Riguardo al Progetto *Home Care Premium* effettuato 2019 - 2022 dell'INPS – ex INPDAP dichiara:

Di NON essere beneficiario/a di uno o più interventi previsti dal progetto

Di aver presentato la domanda di accesso ai servizi previsti dall'HCP - 2019

Di NON aver presentato la domanda di accesso ai servizi previsti dall'HCP - 2019



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILIA: COMUNE DI MACERATA

12. Di impegnarsi a comunicare all'Ufficio comune di Ambito Territoriale Sociale n. 15 il ricovero temporaneo dell'anziano non autosufficiente c/o strutture ospedaliere o residenziali per periodi superiori a 30 giorni.

13. Di impegnarsi a comunicare 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, modifica della persona di riferimento, variazione dell'assistente familiare, modifiche delle modalità di riscossione del beneficio, ingresso graduatoria come beneficiario del Progetto Home care Premium, ecc).

Allega alla presente:

- Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di attestazione ISEE;
- Copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità, sia del dichiarante sia dell'anziano/a;
- Copia del verbale di invalidità civile;
- Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- Informativa privacy/trattamento dati personali debitamente sottoscritta.

Luogo e Data _____

IL DICHIARANTE (firma leggibile)



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILA: COMUNE DI MACERATA

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

Titolari del trattamento

Comune di Macerata in qualità di ente capofila dell'ATS 15, per l'intera banca dati, i restanti Comuni per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.

Responsabile del trattamento

Coordinatore dell'ATS 15 e i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni.

Incaricati

I dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ATS 15, agli uffici dei Servizi Sociali, ai Servizi Finanziari dei Comuni ATS 15 e nell'ambito della cartella sociale informatizzata (SiCare), attraverso cui si predispongono anche i dati richiesti dal Cruscotto Operativo Regionale e dal Casellario dell'assistenza INPS.

Finalità

I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alla concessione del beneficio richiesto (Artt. 68 e 86, comma 1, lettera c, D. Lgs. 196/03; L. 328/2000; L. 296/2006), compresi eventuali controlli relativi alla non cumulabilità degli interventi.

Modalità

il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli Uffici.

Ambito comunicazione

I dati verranno utilizzati dagli uffici dell'ATS 15, dai Servizi Sociali dei Comuni dell'ATS 15, dall'APSP IRCR di Macerata e verranno comunicati ai Servizi Finanziari dei Comuni, agli Istituti di Credito, ai Servizi della Regione Marche, all'INPS, agli Enti autorizzati anche per le verifiche in merito ai requisiti.

Obbligatorietà

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti, la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento.

Diritti

L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsti dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, rivolgendosi alle sedi dei Comuni sopraindicati.

Inizio e termine del procedimento

L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda e si concluderà entro 180 giorni.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento e alla diffusione dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data _____

IL DICHIARANTE