

Timbro di arrivo al protocollo dell'Ente

*Allegato. A)*  
**MODULO DOMANDA Assegno di cura**

**ALL' UNIONE MONTANA DEL MONTEFELTRO  
ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N.5  
P.zza Conti n.1 61021 Carpegna PU**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA  
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNO 2023**

*DGR Marche n.1790/2022 DGR. N. 128 DEL 14/02/2023 e Decreti del Dir.Settore Contrasto n. 14 del 22/02/2023  
Determinazione del Responsabile del servizio sociale n.107 del 20/03/2023*

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

codice fiscale \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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 o soggetto delegato (in tal caso allegare apposito modello All. C)
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana in caso di incapacità temporanea o permanente.

**presenta domanda di Assegno di Cura per**

me medesimo

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/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**

**1.** Che il soggetto non autosufficiente (*barrare la voce che interessa*):

- è residente e domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS n.5, oppure domiciliato in Comune confinante appartenente ad altra Regione;

- 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% ;
- ha ricevuto il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento;
2. Che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente -ISEE è pari a € \_\_\_\_\_, oppure, nel caso in cui l'ISEE non sia stato ancora rilasciato dall'INPS, viene consegnata la dichiarazione sostitutiva unica (DSU).
3. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente sono in atto interventi assistenziali gestiti: (*barrare la voce che interessa*):
- direttamente dalla famiglia del soggetto. Indicare la persona di riferimento, che di fatto si occupa dell'anziano e che sarà chiamata a sottoscrivere il "patto" di assistenza:  
Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
cell: \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_
- da assistenti domiciliari privati (badante). Indicare le generalità dell'Assistente familiare  
Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_
- Si allega la seguente documentazione prevista dal bando:
- Denuncia di iscrizione all'INPS
  - Lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"
  - Ultimo versamento INPS effettuato
4. Che il Medico di medicina generale dell'anziano è il Dott. \_\_\_\_\_
5. Che il soggetto non autosufficiente:
- non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
  - non usufruisce degli interventi derivanti dal progetto "Home Care Premium" dell'INPS
  - non percepisce il contributo per l'intervento di "Disabilità gravissima derivante dal bando di cui al Fondo nazionale per la non autosufficienza
  - non usufruisce degli interventi relativi al progetto "Vita Indipendente";
  - Nel caso in cui il soggetto non autosufficiente risulti beneficiario di uno degli interventi ai punti precedenti, lo stesso si impegna a rinunciare all'assegno di cura di cui alla presente istanza, o agli interventi concessi.
6. 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, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell'assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc).
7. Di essere consapevole che L'Ente eseguirà tutti i controlli necessari, sulle informazioni autodichiarate e provvederà ad ogni adempimento conseguente la non veridicità dei dati dichiarati, inclusa la comunicazione all'INPS di eventuali dichiarazioni mendaci. In tal caso oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, verrà altresì revocata anche l'assegnazione dell'assegno di cura.
8. In caso di ammissione a beneficio, il sottoscritto/a, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

a) nel caso di anziano capace di intendere e di volere.

l'anziano non autosufficiente (richiedente)

persona appositamente delegata dall'anziano (allegare apposito modello Allegato B)

b) nel caso di anziano non autosufficiente impossibilitato a compiere l'atto di delega:

Tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana in caso di incapacità temporanea o permanente.

con la seguente modalità (*barrare con una X la casella che interessa e compilare le parti in bianco* :

**A mezzo bonifico su C/C** Intestato a \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

**Codice IBAN in allegato**

**A mezzo bonifico su carta prepagata n.** \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

**Codice IBAN in allegato**

**N.B:** qualsiasi variazione relativa al conto corrente deve essere formalmente e tempestivamente comunicata. In caso contrario eventuali commissioni bancarie saranno a carico del beneficiario del contributo.

**Allega alla presente:**

delega alla presentazione dell'istanza (Allegato B)

attestazione I.S.E.E. completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);

autocertificazione stato di famiglia (Allegato C)

delega alla riscossione (Allegato D)

copia verbale indennità di accompagnamento.

copia di un valido documento di riconoscimento di chi sottoscrive l'istanza (DPR 445/2000)

copia di un valido documento di riconoscimento della persona anziana (qualora non coincidente con la persona richiedente)

**fotocopia codice IBAN per accredito contributo**

Nel caso in cui l'intervento di assistenza venga effettuato tramite assistente familiare (badante):

➤ denuncia di iscrizione all'INPS

➤ lettera di assunzione tra le parti da cui risulti l'inquadramento lavorativo al livello "C" oppure "C super"

➤ Ultimo versamento INPS effettuato

Altro \_\_\_\_\_

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**Informativa.** Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

TITOLARE TRATTAMENTO	Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell'ATS 5 per l'intera banca dati, i Comuni dell'ATS 5 per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.
RESPONSABILE	Coordinatore dell'ATS 5, per la banca dati di tutto l'ATS 5 e i Responsabili dei Servizi Politiche Sociali dei Comuni
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI(DPO)	Qualsiasi richiesta in merito al trattamento dei dati personali conferiti e all'esercizio dei diritti dovrà essere indirizzata al Responsabile dei dati (DPO) Protezione dei dati (DPO) Avv. Federica Venturi, che potrà essere contattato al seguente indirizzo email: federicaventuri.avv@gmail.com
INCARICATI	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti ed i dell'ATS 5 e i Comuni dell'ATS 5
FINALITA'	I dati forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di erogare il contributo e adempiere agli obblighi di monitoraggio e rendicontazione degli interventi effettuati a valere sulle risorse regionali e nazionali.
MODALITA'	Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano la raccolta, la registrazione, l'elaborazione, la comunicazione, nei limiti in cui strettamente necessario alle finalità del trattamento.
AMBITO COMUNICAZIONE	I dati verranno utilizzati dall'Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell'ATS 5 e dai Comuni dell'ATS 5. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili comunicazione avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati possono essere comunicati alla Regione Marche ed eventualmente all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo. I dati verranno comunicati all'istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi.
NATURA CONFERIMENTO DATI	Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in conferimento dati presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l'esclusione dal procedimento oggetto dell'Avviso.
SITO	<a href="http://www.unionemontana.montefeltro.pu.it">www.unionemontana.montefeltro.pu.it</a>
DIRITTI	L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge.

### **Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8**

AMMINISTRAZIONE COMPETENTE	Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell'ATS 5 per la fase relativa alla predisposizione della graduatoria e agli adempimenti successivi e i restanti Comuni dell'ATS 5 per la parte di propria competenza.
OGGETTO DEL PROCEDIMENTO	<i>DGR Marche n.1790/2022 DGR. N. 128 DEL 14/02/2023 e DDS Regione Marche n. 14 del 22/02/2023</i>
RESPONSABILE PROCEDIMENTO	Resp. Del servizio sociale dell'Unione Montana del Montefeltro - Coordinatore dell'ATS.
INIZIO E TERMINE DEL PROCEDIMENTO	L'avvio del procedimento decorre dalla data di scadenza dell'avviso; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 30 giorni
INERZIA DELL'AMMINISTRAZIONE	Decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà attivarsi ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall'amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricorso al TAR nei termini di legge.
UFFICIO IN CUI SI PUO' PRENDERE VISIONE DEGLI ATTI	Ufficio dell'ATS 5 negli orari di apertura al pubblico con le modalità prevista dagli artt. 22 e seguenti della L.241/1990 come modificata dalla L. 15/05 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dall'Unione Montana del Montefeltro.