

6. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente da un familiare di cui vengono indicate di seguito le generalità:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_

da assistente domiciliare privato in possesso di regolare contratto di lavoro, le cui generalità sono le seguenti:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_

7. Che il Medico di medicina generale dell'anziano è il Dott. \_\_\_\_\_

**Si impegna 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 struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo, residenza, domicilio, cambiamento della persona di riferimento, dell'assistente familiare, variazioni modalità di riscossione, ecc).

Dichiara di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli della Guardia di Finanza.

**Allega alla presente:**

- attestazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità - completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e dell'anziano
- copia del verbale di riconoscimento invalidità civile
- copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

Luogo e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

**INFORMATIVA PRIVACY**

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 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:

1. I dati forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali).
2. Il trattamento dei dati avverrà presso l'Unione Montana attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. n. 985 del 15 giugno 2009
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. 985 del 15 giugno 2009. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/Unione Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all'ATS n. 3 del contributo regionale.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO**

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

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

**Anziano beneficiario**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ in qualità di:

chiede che la liquidazione dell'assegno, qualora ne risulti beneficiario, venga effettuato a:

**me medesimo**

mediante:

Conto Corrente postale intestato a me medesimo o cointestato

IBAN \_\_\_\_\_

Conto Corrente bancario intestato a me medesimo o cointestato

IBAN \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Assegno circolare non trasferibile intestato a me medesimo

Rimessa diretta (presso qualsiasi filiale di Banca Marche)

ovvero

al Sig. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ mediante:

mediante rimessa diretta (presso qualsiasi filiale di Banca Marche)

Luogo e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IL BENEFICIARIO

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

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

## MODALITA' DI PAGAMENTO

Amministratore di sostegno, Tutore, Curatore - con decreto del Giudice tutelare

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ in qualità di:

- amministratore di sostegno (allegare documentazione giustificativa)  
 tutore (allegare documentazione giustificativa)  
 curatore (allegare documentazione giustificativa)

del Sig. \_\_\_\_\_ beneficiario dell'assegno di cura

chiede che la liquidazione dell'assegno, qualora ne risulti beneficiario, venga effettuata:

mediante:

- Conto Corrente postale intestato al Sig. \_\_\_\_\_ (beneficiario)  
IBAN \_\_\_\_\_  
 Conto Corrente bancario intestato al Sig. \_\_\_\_\_ (beneficiario)  
IBAN \_\_\_\_\_  
Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
 Assegno circolare non trasferibile intestato al beneficiario  
 Rimessa diretta a me medesimo (presso qualsiasi filiale di Banca Marche)

Luogo e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

L'Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore  
DEL BENEFICIARIO

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

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

MODELLO DI DOMANDA

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N° 3  
Punto Unico di Accesso  
UNIONE MONTANA CATRIA E NERONE  
VIA LAPIS N. 8  
61043 CAGLI

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

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 convivente con l'anziano  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

### PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA

per il/la Sig. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente 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 CHE LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

- è residente in uno dei Comuni dell'ATS n. 3 (Acqualagna, Apecchio, cagli, Cantiano, Piobbico, Frontone, Serra S. Abbondio)
- che lo stato di famiglia è composto, oltre che dall'anziano non autosufficiente, dalle seguenti persone:

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) rapp. parentela con l'anziano

- ha compiuto/compirà 65 anni entro la data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso agli assegni di cura
- è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.
- che la situazione economica, calcolata sull'ISEE ordinario (DSU) è di € \_\_\_\_\_