



Amministrazione destinataria

Azienda ASP ambito 9

Ufficio destinatario

Ufficio anziani

Domanda di accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti

Deliberazione della Giunta Regionale del 20/04/2015 n. 328

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
					Piano
Telefono cellulare		Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

Soggetto interessato

- ☐ per sè stesso
☐ per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala
					Piano
in qualità di (*)					
Ruolo					

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura per l'Assegno di Cura dell'anno in corso per anziani non autosufficienti.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il sottoscritto o la persona anziana in condizione di non autosufficienza per la quale presenta domanda

- ☒ 1. ha compiuto il 65° anno di età alla data
☐ del 01.01 dell'anno corrente nel caso di beneficiario dell'assegno di cura nell'anno precedente
☐ del 01.07 dell'anno in corso nel caso di nuovo richiedente

- ☒ 2. è stata dichiarata invalida civile al 100% ed usufruisce dell'indennità di accompagnamento ed in possesso di tale requisito dalla data
- ☐ del 01.01 dell'anno corrente nel caso di beneficiario dell'assegno di cura nell'anno precedente
- ☐ del 01.07 dell'anno in corso nel caso di nuovo richiedente
- ☒ 3. è titolare dell'assegno per l'assistenza personale e continuativa erogato dall'INAIL, rilasciato a parità di condizioni dell'indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura, ed è in possesso di tale requisito dalla data
- ☐ del 01.01 dell'anno corrente nel caso di beneficiario dell'assegno di cura nell'anno precedente
- ☐ del 01.07 dell'anno in corso nel caso di nuovo richiedente
- ☒ 4. usufruisce di adeguata assistenza presso il proprio il proprio domicilio o altro domicilio privato mediante
- ☐ l'intervento di un familiare
- ☐ l'intervento di un assistente familiare in possesso di regolare contratto di lavoro
- ☒ 5. al momento della domanda, non è ospite di una struttura residenziale per anziani (casa di riposo, residenza protetta, ecc.)
- ☐ 6. è residente in un Comune diverso da quello di domicilio
- | | |
|----------------------|--|
| Comune di residenza | Comune di domicilio (confinante con le Marche) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- ☐ 7. usufruisce o ha usufruito nell'anno in corso del progetto Home Care Premium
- ☐ sì
- | |
|----------------------|
| Periodo |
| <input type="text"/> |
- ☐ no
- ☐ 8. che è stato ricoverato presso una struttura ospedaliera o residenziale (RSA, Casa di Riposo, Residenza Protetta ecc.) per un periodo superiore a 30 giorni
- ☐ sì
- | |
|----------------------|
| Periodo |
| <input type="text"/> |
- ☐ no
- ☐ 9. di usufruire o di aver usufruito nell'anno in corso del SAD – Servizio Assistenza Domiciliare erogato dal
- ☐ Comune di
- | |
|----------------------|
| Periodo |
| <input type="text"/> |
- ☐ no
- ☐ 10. di usufruire o aver usufruito nell'anno in corso del contributo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima
- ☐ sì
- | |
|----------------------|
| Periodo |
| <input type="text"/> |
- ☐ no

DICHIARA INOLTRE

che per quanto riguarda i beneficiari dell'assegno di cura dell'anno precedente

- ☐ che il sottoscritto o la persona anziana per conto della quale presenta domanda è ancora titolare dell'indennità di accompagnamento e che la relativa certificazione già in possesso dell'amministrazione non è stata revocata, sospesa o modificata
- ☐ che non è subentrata una nuova assistente familiare e che pertanto il contratto presentato per il contributo dell'anno precedente e in possesso dell'amministrazione è ancora valido

CHIEDE

in caso di accoglimento della presente richiesta che la liquidazione dell'assegno di cura avvenga con una delle seguenti modalità

- ☐ mediante versamento sul seguente conto corrente, bancario o postale (non libretto) intestato all'anziano beneficiario del contributo

n. conto corrente

Banca o ufficio postale

IBAN

- ☐ mediante versamento sul seguente conto corrente, bancario o postale (non libretto) intestato al firmatario del patto assistenziale

n. conto corrente

Banca o ufficio postale

IBAN

DICHIARA INFINE

di essere a conoscenza del fatto che

- ☒ qualora l'anziano abbia usufruito di SAD comunale, del progetto "Home Care Premium" o del contributo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, per tutto il periodo di coincidenza tra uno degli interventi in elenco e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato
- ☒ in caso di presenza di assistente familiare, la stessa dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Patto l'impegno formale ad iscriversi all'elenco degli assistenti familiari gestito presso i CIOF - Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione, entro 12 mesi dalla concessione del beneficio
- ☒ l'erogazione dell'assegno di cura è subordinata al trasferimento delle relative risorse da parte della Regione Marche per l'anno in corso

Eventuali annotazioni

Allega alla presente:

- ☐ Attestazione ISEE Ordinario
- ☐ Ricevuta della avvenuta presentazione della DSU
- ☐ Copia del contratto individuale di lavoro dell'Assistente Familiare (facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura dell'anno precedente)
- ☐ Copia del verbale di invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento o del riconoscimento dell'assegno per assistenza personale e continuativa Inail (facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura dell'anno precedente)
- ☐ Copia di un valido documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
- ☐ Documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'Assistente Familiare all'Elenco Regionale gestito dal CIOF
- ☐ Dichiarazione attestante la motivazione della mancata iscrizione (obbligatoria in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura dell'anno precedente assistito sempre dal medesimo Assistente Familiare)
- ☐ Stampa IBAN
- ☐ Altro (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Jesi		
Luogo	Data	Il dichiarante