

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



## DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – Avviso 2020

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ( )

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Recapiti telefonici: Abitazione \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

di seguito denominato **richiedente**

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare convivente con l'anziano (entro il 4° grado di parentela)
- tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

### **presenta domanda di Assegno di Cura**

(*da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario*)

per il/sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ( )

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

telefono \_\_\_\_\_

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

*per un sistema integrato di interventi e servizi sociali*



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello



Montecalvo



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



Un. Mont. Metauro

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

di seguito denominato **beneficiario**

A tal scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità, cosciente delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed informato/a che qualora si accerti la non veridicità del contenuto della dichiarazione decadrà dal beneficio eventualmente conseguito ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche

## DICHIARA

1. Che il beneficiario è residente in uno dei nove Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale IV (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino), alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'Assegno di Cura;
2. Che il beneficiario ha compiuto 65 anni alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'Assegno di Cura;
3. Che il beneficiario è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100%;
4. Che il beneficiario usufruisce di indennità di accompagnamento;
5. Che il beneficiario è attualmente assistito:  
*(barrare la voce che interessa)*
  - direttamente dalla famiglia del soggetto
  - da assistente domiciliare privato
6. Che il beneficiario:  
*(barrare la voce che interessa)*
  - non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
  - si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello



Montecalvo



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



Un. Mont. Metauro

mancata comunicazione dei dati	
Eventuale esistenza di un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione	Non esiste un processo decisionale automatizzato.
Identità e dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati	Michele Cancellieri email: rpd@comune.urbino.ps.it

## **Si allega:**

- 1) Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;
- 2) Attestazione ISEE del soggetto beneficiario in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU). Ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 e ss.mm.ii., e considerata la natura della prestazione oggetto del presente avviso, è possibile presentare l'ISEE socio-sanitario;
- 3) Copia del verbale di invalidità civile
- 4) Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

I richiedenti che utilizzano assistenti domiciliari private/i dovranno inoltre presentare:

- 5) copia del contratto di lavoro
- 6) ricevuta dell'ultimo pagamento trimestrale all'INPS

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Esprimo, ai sensi della normativa vigente, il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_