AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 4

Via Puccinotti, 3 - 61029 Urbino (PU)
Coordinatore 0722 309353
Assistenti Sociali 0722309391
Ufficio Amministrazione 0722 309 269/282
Amministrazione/Contabilità 0722 309225
www.ats4.marche.atsit.it - ats4@comune.urbino.ps.it

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – anno 2024

All'Ufficio di Promozione Sociale
del 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 che si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di accesso all'Assegno di Cura per l'anno 2024
(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 _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)
domiciliato a _____ (___) CAP _____

in Via/Piazza _____

di seguito denominato **beneficiario;**

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 4

Via Puccinotti, 3 - 61029 Urbino (PU)
Coordinatore 0722 309353
Assistenti Sociali 0722309391
Ufficio Amministrazione 0722 309 269/282
Amministrazione/Contabilità 0722 309225
www.ats4.marche.atsit.it - ats4@comune.urbino.ps.it

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
che a decorre dal 01.01.2024 il beneficiario

1. è residente in uno dei Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale 4 (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino);

2. ha compiuto 65 anni di età;

3. è stato dichiarato in condizioni di non autosufficienza, con certificazione di invalidità civile pari al 100%;

4. usufruisce dell'indennità di accompagnamento;

5. è attualmente assistito:
   (barrare la voce che interessa)

   ☐ direttamente dalla famiglia del soggetto

   ☐ da assistente domiciliare privato

6. *(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

   ☐ non usufruisce del contributo economico dell'Inps relativo al progetto Home Care Premium

   ☐ non usufruisce dell'intervento economico relativo alla "Disabilità gravissima"

   ☐ non usufruisce del progetto "Vita indipendente"

MODALITA' RISCOSSIONE CONTRIBUTO

Dichiara inoltre

che nel caso in cui la domanda dovesse avere esito positivo, le modalità di riscossione del contributo saranno le seguenti *(barrare e compilare ove necessario)*:

☐ Riscossione diretta presso la tesoreria del Comune di Urbino vincolata a relativa delega;

☐ Accredito su c/c intestato al beneficiario dell'assegno di cura, al seguente IBAN:

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 4

Via Puccinotti, 3 - 61029 Urbino (PU)
Coordinatore 0722 309353
Assistenti Sociali 0722309391
Ufficio Amministrazione 0722 309 269/282
Amministrazione/Contabilità 0722 309225
www.ats4.marche.atsit.it - ats4@comune.urbino.ps.it

Si allega:

1) Copia di un valido documento di identità del soggetto richiedente e dell'eventuale beneficiario;
2) Attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario del soggetto beneficiario in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU);
3) Copia del verbale di invalidità civile del beneficiario;
4) Copia di documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

I richiedenti che si avvalgono di assistenti domiciliari private/i dovranno inoltre allegare:

5) copia del contratto di lavoro;
6) ricevuta dell'ultimo pagamento trimestrale all'INPS relativamente ai contributi previdenziali;

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 _____