



**Ambito
Territoriale n.12
Sociale**

Agugliano
Camerata Picena
Chiaravalle
Falconara Marittima
Montemarciano
Monte San Vito
Polverigi

MODELLO DI DOMANDA

**Al Signor Sindaco
Comune di Falconara Marittima**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
PERIODO 01.01.2025 – 31.12.2025**

DGR n.848/2024 - Deliberazione n.112 del 29/07/2024 del Comitato dei Sindaci dell'ATS n.12..
Determina Dirigenziale n.1368 del 21/11/2024

Il sottoscritto/a.....

Codice Fiscale

nato/a il a

residente a via n. Tel.....

mail

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

- ☐ persona anziana in situazione di non autosufficienza, secondo quanto
definito nell'avviso pubblico

oppure

- ☐ familiare che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non
convivente

oppure

- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno

per il/la sig./sig.ra persona anziana
in situazione di non autosufficienza

nato/a il a

residente in via n. Tel

domiciliato (solo se diverso dalla residenza).....



**Ambito
Territoriale n.12
Sociale**

Agugliano
Camerata Picena
Chiaravalle
Falconara Marittima
Montemarciano
Monte San Vito
Polverigi

CHIEDE

DI POTER ACCEDERE ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA CHE LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

- ☐ ha compiuto/compirà il 65° anno di età alla data del **01 gennaio 2025**;
- ☐ è stata dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100%
- ☐ è titolare di indennità di accompagnamento
- ☐ usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita (*barrare la voce che interessa*):
 - ☐ direttamente da un familiare: _____ ;
 - ☐ con l'aiuto di assistenti familiari private in possesso di regolare contratto di lavoro domestico
- ☐ l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE socio-sanitario) rilasciato ai sensi del DPCM 159/13 è pari ad €_____ con n._____ persone componenti il nucleo familiare, tale dichiarazione è valida dal_____ al_____
- ☐ non risiede in una struttura residenziale
- ☐ non usufruisce dell'assegno di cura erogato all'interno del progetto Home Care Premium promosso dall'INPS gestione ex INPDAP
- ☐ non usufruisce del servizio SAD per non autosufficienti
- ☐ non usufruisce del contributo economico per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime di cui all'art.3 del DM 26/09/2016.
- ☐ ha già fruito dell'assegno di cura nel periodo 01.01.2024-31.12.2024;



**Ambito
Territoriale n.12
Sociale**

Agugliano
Camerata Picena
Chiaravalle
Falconara Marittima
Montemarciano
Monte San Vito
Polverigi

DICHIARA INFINE

di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita con il bando pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Allega alla presente (barrare la voce che interessa):

- ☐ copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente, potenziale beneficiario dell'assegno di cura
- ☐ copia del verbale di invalidità civile (è esentato chi ha già fruito dell'assegno nel periodo 01.01.2024-31.12.2024, qualora la documentazione sia ancora in corso di validità);
- ☐ copia del verbale attestante l'indennità d'accompagnamento (è esentato chi ha già fruito dell'assegno nel periodo 01.01.2024-31.12.2024, qualora la documentazione sia ancora in corso di validità);
- ☐ copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare (è esentato chi ha già fruito dell'assegno nel periodo 01.01.2024-31.12.2024, qualora la documentazione sia ancora in corso di validità);
- ☐ documentazione inerente l'iscrizione nell'Elenco Regionale degli Assistenti Familiari.

Data, _____

Il dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 – GDPR

Ai sensi dell'art. 6 del Regolamento 2016/679/UE, i dati personali richiesti con il presente modulo sono necessari per gli adempimenti previsti dalla normativa vigente richiamata nello stesso modulo di richiesta. L'interessato ha quindi l'obbligo di fornire i dati personali, in difetto dei quali la pratica non può proseguire.

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par. 1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è pari al tempo stabilito dai regolamenti per la gestione procedimentale e documentale e da leggi e regolamenti in materia.

_____, li _____ Firma _____