

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**  
**DGR 1138/2019 - ANNUALITA' 2019-2020.**

**AL SINDACO DEL COMUNE DI**

.....

Il sottoscritto/a.....Codice Fiscale (*da allegare*).....  
nato/a il.....a.....residente in.....  
via .....Tel..... E-mail.....  
quale: (*barrare la voce che interessa*)

- persona anziana invalida non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento  
*oppure*  
 familiare (convivente o no) che attiva interventi di supporto assistenziale a favore di:  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno di:

sig./sig.ra .....  
*anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento*

Codice Fiscale (*da allegare alla presente*)..... nato/a il..... a.....  
residente in .....via .....Tel.....  
email..... di essere domiciliato (*ai fini della visita domiciliare*) in .....  
..... via .....Tel.....

**CHIEDE**

**L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA PER L'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNUALITA' 2019/2020**

*secondo i criteri e le modalità stabiliti con DGR n. 1138/2019 ed il pubblico avviso approvato con Determinazione Dirigenziale del Comune di Fermo n. 12 R.G.44 del 14/01/2020*

A tal fine, 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 IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE, ALLA DATA DI SCADENZA DELL'AVVISO:**

1. ha compiuto/compirà il 65° anno di età;
2. è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%;
3. è titolare di indennità di accompagnamento, o dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL.

**N.B. Verificare, se il verbale di riconoscimento dell'invalidità al 100% indica un termine di revisione, che tale termine sia successivo alla data di scadenza del pubblico avviso; in caso contrario andrà prodotta in allegato a questa domanda adeguata documentazione relativa al mantenimento della titolarità dell'indennità di accompagnamento prima dell'approvazione della graduatoria definitiva.**

4. e' residente in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIX
5. usufruisce di una adeguata assistenza presso la propria residenza o presso altro domicilio privato, gestita (barrare la voce che interessa):
- direttamente dal nucleo familiare, anche non convivente;
  - con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro (da allegare alla presente).
6. usufruisce del SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare: (barrare la voce che interessa):
- SI ( indicare il periodo ..... );
  - NO
7. usufruisce delle prestazioni del progetto Home Care Premium: (barrare la voce che interessa):
- SI ( indicare il periodo ..... );
  - NO
8. ha presentato domanda per accesso all'intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016, di cui all'Avviso Pubblico dell'ATS XIX del 13/12/2019:
- SI;
  - NO.

#### DICHIARA

Che l'importo dell' **ISEE Socio-Sanitario o Ordinario**, in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, e riferito al nucleo familiare dell'anziano, è pari a E. .... come dal computo del C.A.A.F. .... di ..... in data .....

**N.B. la presente dichiarazione potrà essere sottoposta a verifiche e controlli da parte del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.**

#### DICHIARA

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'erogazione dell'assegno di cura per l'annualità 2019/2020 e di conoscere tutte le prescrizioni in esso contenute, in particolare:
- Di essere a conoscenza che l'inserimento in posizione utile in graduatoria non dà diritto al contributo che è subordinato a:
  - visita domiciliare da parte di Assistente Sociale che verifica la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita
  - esito della valutazione professionale dell'Assistente Sociale.
  - conclusione di un "patto" di assistenza domiciliare, contenente gli impegni e i percorsi assistenziali a carico della famiglia, la qualità di vita da garantire alla persona assistita e le modalità di utilizzo dell'assegno di cura.
- Di essere a conoscenza che:
  - qualora l'anziano abbia usufruito del servizio SAD, dell'intervento *Home Care Premium*, o dell'intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016, per il periodo di coincidenza tra uno degli interventi citati e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato;

- **in caso di presenza di assistente familiare la stessa è tenuta ad iscriversi – entro 12 mesi dalla concessione del beneficio - all’Elenco regionale degli Assistenti Familiari (DGR. 118 del 02/02/2009) gestito presso il Centro per l’Impiego (CPI);**
- Di essere a conoscenza che in fase di definizione del procedimento, e in particolare finché non viene verificata dall’A.S. la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza nel proprio ambiente di vita, non è acquisibile alcuna aspettativa circa l’erogazione del contributo; pertanto in caso di: *decesso, inserimento permanente in struttura residenziale, accesso al servizio SAD, accesso all’Intervento Home Care Premium, o all’Intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016 venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste dall’intervento, prima del termine dell’istruttoria* e della stipula del patto di assistenza domiciliare la presente domanda di assegno di cura presentata decade, e si procede allo scorrimento della graduatoria.
- Di impegnarsi, in caso di accoglimento della presente istanza, a **comunicare nel termine di 10 giorni e comunque ogni qual volta l’Ambito Territoriale Sociale n. XIX lo richieda, ogni variazione che dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda** (es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell’assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc).
- Di essere a conoscenza che, ai fini della riscossione del contributo, è autorizzato a riscuotere l’assegno:
  - nel caso di anziano non autosufficiente capace di intendere e di volere: l’anziano stesso indicato come beneficiario o, in caso di impossibilità, persona appositamente delegata ex art. 21 comma 2 D.P.R. 445/200;
  - nel caso di anziano non autosufficiente incapace di intendere e di volere, il soggetto incaricato della tutela dell’anziano (*amministrazione di sostegno, tutore, curatore*).

**N.B. In riferimento alla prima ipotesi si precisa che l’anziano dovrà essere intestatario o cointestatario di un conto corrente bancario o postale ( quest’ultimo solo se NON associato ad un libretto postale con ABI 07601 e CAB 03384 ); in alternativa, nello specifico della riscossione diretta, l’anziano potrà indicare una persona appositamente delegata, ai sensi dell’art. 21 comma 2 del D.P.R. 445/2000.**

- di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati, di essere a conoscenza dei diritti dell’interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

**Allega:**

1. Copia di un **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO e CODICE FISCALE** del richiedente ed eventualmente dell’anziano potenziale beneficiario dell’assegno (se non coincidente con il richiedente);
2. Copia del **VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE** attestante il possesso dell’**indennità di accompagnamento**;
3. **ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO O ISEE ORDINARIO**, in corso di validità, rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, riferita al nucleo familiare in cui è presente l’anziano non autosufficiente.
4. Copia del **CONTRATTO DI LAVORO INDIVIDUALE DELL’ASSISTENTE FAMILIARE** (*Nel caso in cui l’intervento assistenziale sia svolto da un Assistente Familiare*);

Li \_\_\_\_\_

**Il richiedente**