**AlL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 7**

**COMUNE DI FOSSOMBRONE**

**Corso garibaldi 8**

**61034 fossombrone (pu)**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL’ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**Anno** **2023**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero di telefono e/o cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eventuale indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. persona anziana in situazione di non autosufficienza

oppure

1. familiare o persona delegata
2. il soggetto incaricato alla tutela dell’anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno ).

**chiede**

**L’ACCESSO ALL’ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

□ per se medesimo

□ per il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

persona anziana in situazione di non autosufficienza

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto è’ 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 (qualora coincidente con la persona ANZIANA in situazione di NON AUTOSUFFICIENZA) / la persona ANZIANA per la quale si richiede il beneficio:

1. ha beneficiato dell’assegno di cura nell’anno 2022 SI /NO 
2. è invalido civile al 100%;

3. è titolare di indennità di accompagnamento o in alternativa è titolare dell’assegno per l’assistenza personale continuativa erogato dall’INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell’indennità di accompagnamento dell’INPS e alternativo alla stessa misura;

4. usufruisce di assistenza presso la **propria residenza** o presso altro domicilio privato,(indirizzo domicilio privato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)fornita:

* + direttamente da un familiare : figlio/a  , fratello/ sorella  , coniuge , nipote , altro 

cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + con l’aiuto di assistenti familiari private/ colf in possesso di regolare contratto di lavoro :

cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- iscritta all’elenco regionale degli Assistenti Familiari gestito presso i CIOF: **SI** □ **NO** □ **se no il sottoscritto si impegna ad accertare l’avvenuta iscrizione presso il suddetto elenco entro 12 mesi** dalla concessione del beneficio;

Che il nucleo familiare anagrafico, della **persona anziana non autosufficiente** è così composto:

|  |
| --- |
| **Composizione nucleo familiare anagrafico**  |
| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | parentela | occupazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Che il valore ISEE ammonta a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_come da certificazione allegata in corso di validità****.*

DICHIARA INFINE

che la persona ANZIANA in situazione di NON AUTOSUFFICIENZA:

* è celibe/nubile, coniugato/a,  separato/a,  divorziato/a,  vedovo/a

- è in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-è titolare di pensione sociale:**** si  no

-è certificata ai sensi della L.104:**** si  no gravità **** si  no

- nelle attività di vita quotidiana è: **** autonoma  parzialmente dipendente **** totalmente dipendente

- presenta disturbi comportamentali:  si  no

- si trova nella seguente condizione di mobilità: **** si sposta da solo  si sposta assistito **** non si sposta

- è finanziariamente:  autonomo riceve aiuto da parenti e/o da altre persone  in condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone

-è aiutata/supportata dalla propria rete familiare o informale in modo:  totale  parziale  assente;

- beneficia dei seguenti interventi sociali :

 pasti a domicilio  lavanderia a domicilio  telesoccorso  trasporto sociale  sostegno del volontariato  altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*  non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) oppure si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione all’assegno di cura
*  non usufruisce delle prestazioni Home Care Premium oppure si impegna a rinunciare all’intervento Home Care Premium in caso di ammissione all’assegno di cura
*  non usufruisce degli interventi Vita Indipendente oppure si impegna a rinunciare agli interventi Vita Indipendente in caso di ammissione all’assegno di cura
*  non usufruisce di Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la “Disabilità Gravissima” oppure si impegna a rinunciare, in caso di ammissione all’assegno di cura, all’Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la “Disabilità Gravissima”.

**Che il Medico di medicina generale dell’anziano è il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

Di impegnarsi a comunicare nel termine di 30 giorni, e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione 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 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.

Comunica inoltre, che nel caso di ammissione all’Assegno di cura, il contributo assegnato dovrà essere liquidato con la seguente modalità:

**Mediante versamento conto corrente (bancario o postale) intestato all’anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso DA ALLEGARE alla presente.**

*Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Allega alla presente:

* **attestazione I.S.E.E**. (del nucleo familiare dell’anziano) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica –in corso di validità;
* **copia di un valido documento di riconoscimento** dell’ anziano non autosufficiente e in caso di altro richiedente anche copia del documento di quest’ultimo;
* **copia del regolare contratto individuale di lavoro** dell’assistente familiare/colf e ultimo versamento INPS effettuato;
* l’avvenuta iscrizione dell’Assistente Familiare all’Elenco Regionale gestito dai CIOF o dichiarazione attestante che l'adempimento sarà garantito entro 12 mesi dalla concessione del contributo;
* **copia del verbale di invalidità civile e accompagnamento**;
* dichiarazione attestante le modalità di **gestione dell’assistenza**;
* **Stampa del codice IBAN** intestato all’anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso

**Il Dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMATIVA (Reg.UE n.679/2016 e D.Lgs n.196/2003 e ss.mm.ii)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ai sensi del D.Lgs n.196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 -"Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito denominato "Codice") e del Regolamento U.E. n.679/2016, il Comune di Fossombrone, in qualità di "Titolare " del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali, che saranno trattai rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità e finalità stabiliti.**

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Ambito Territoriale Sociale N. 7**

Sede operativa Piazza Dante,25 61034 Fossombrone PU

**Tel** 0721 723275 **fax** 0721 723276

**Email**: ambito@comune.fossombrone.ps.it
**PEC:** comune.fossombrone@emarche.it

**RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO:** Il Responsabile del Settore Ambito Territoriale Sociale N.7

**RESPONSABILE PROTEZIONE DATI**

Qualsiasi richiesta in merito al trattamento dei dati personali conferiti e all'esercizio dei diritti dovrà essere indirizzata al Responsabile dei dati (DPO) Protezione dei dati (DPO) Dott.ssa Martina Battazzi, contattabile inviando una mail a: rpd@cm-urbania.ps.it, o telefonando al Tel. 0722 819928

**FINALITA' DEL TRATTAMENTO:** I dati personali sono trattati per le finalità di assegnazione/svolgimento dell’attivazione dell'intervento di cui all'oggetto del modulo di richiesta, ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio/intervento. I dati personali, anche se raccolti da uno specifico settore comunale, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

**MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI**: In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali viene effettuato con modalità sia cartacee che informatizzate, nel rispetto di minimizzazione dei dati, unicamente per il servizio/intervento richiesto. Vengono quindi adottate tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare problemi di accesso non autorizzato, divulgazione, modifica o distruzione. Laddove si configurino comunicazioni obbligatorie di dati personali o le stesse siano necessarie in conseguenza della istanza o del servizio richiesto dal cittadino, i dati trattati potranno essere oggetto di comunicazione o trasferimento agli altri enti pubblici rispettando gli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti.

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea, né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea e con normative di protezione dei dati personali non allineate al Regolamento.

Le norme nazionali sulla conservazione prevedono che i dati personali forniti dal cittadino continuino ad essere memorizzati per tutto il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:** Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che riguardano Lei o la Sua famiglia. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.

In base all’art.15 e seguenti del REGOLAMENTO UE, gli interessati ovvero le persone fisiche cui si riferiscono i dati, possono esercitare in qualsiasi momento i propri diritti nei confronti del Titolare; in particolare il diritto di accesso ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione, l’aggiornamento se essi risultano incompleti o erronei e la cancellazione, se essi sono stati raccolti in violazione di legge, nonché’ di opporsi al loro trattamento, fatta salva l’esistenza di motivi legittimi da parte del TITOLARE.

Per tali motivi, è possibile rivolgersi al Titolare, oppure al Responsabile ella protezione dei dati (DPO-RPD) al seguente indirizzo mail: rpd@cm-urbania.ps.it. L’interessato potrà proporre reclamo all’Autorità di controllo italiana, Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la Privacy) con sede in ROMA, Piazza di Monte Citorio n.121, CAP 00186.

**La presente informativa potrà essere revisionata ed integrata; in caso di cambiamenti importanti, sarà data notizia nella *home page* del sito web istituzionale**.

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE

Fossombrone lì,…………………………..

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÁ**

**(Art. 47 DPR 28 dicembre 2000,n. 445)**

**MODALITÁ DI GESTIONE ATTIVITÁ ASSISTENZIALE EROGATA NELL’ARCO DELL 24 ORE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in relazione alla domanda d’accesso all’assegno di cura per anziani non autosufficienti, presentata in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ai sensi dell’art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445;

consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità di atti e l’uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e comportano l’applicazione della sanzione penale;

**DICHIARA**

che, per il quale si richiede l’assegno di cura, l’assistenza nelle 24h al/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è organizzata come di seguito riportato:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo soggetto che fa assistenza** | **Ruolo** | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** | **Domenica** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Eventuali specificazioni sull’assistenza fornita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Guida alla compilazione dell’allegato 1**

Deve sottoscrivere tale allegato la stessa persona che ha sottoscritto la domanda per l’assegno di cura.

***Legenda della tabella:***

*Nominativo****:*** Cognome e Nome delle principali persone che svolgono attività di assistenza in favore dell’anziano.

*Ruolo:* Es. coniuge, figlio, badante, volontario, amico, etc.

*Lun-Dom :* Nelle colonne dei giorni della settimana va riportato indicativamente l’orario in cui si fa assistenza (Es. tutto il giorno, il mattino, dalle 10.00 alle 13.00, etc). In caso di familiare convivente, se lavoratore, vanno riportati gli orari in cui può essere presente a casa durante la giornata/settimana. In caso di assistente familiare si deve indicare l’orario previsto dal contratto.