



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

Timbro di arrivo al protocollo  
dell'Ente

Allegato 1

All'Ente capofila dell'ATS XVI

Unione Montana dei Monti Azzurri  
Ufficio Promozione Sociale/PUA  
Via Piave n.12  
62026 San Ginesio (MC)

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA  
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2019  
(DGR 1138 del 30/09/2019 e L.R. 32 del 01/12/2014)**

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare o soggetti delegati
- tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

**presenta domanda di Assegno di Cura**

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Telefono \_\_\_\_\_

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ .

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

Via Piave, n° 12 – 62026 San Ginesio MC – Tel. 0733 – 656336 Fax 0733 – 656429 -mail:ambitoXVI@montiazzurri.it



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

**DICHIARA**  
**(barrare le voci che interessano)**

Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS XVI

Di essere domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS XVI presso

---

Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura, è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.

Di usufruire al momento della presentazione della domanda dell'indennità di accompagnamento

che la situazione economica, calcolata sull'ISEE ordinario corrente (*in corso di validità dall'uscita del Bando*) è di € \_\_\_\_\_.

Di usufruire/Non usufruire, al momento della presentazione della domanda di uno dei seguenti servizi/contributi: SAD per anziani non autosufficienti, SAD Tradizionale, Home Care Premium, Disabilità Gravissima e progetto di Vita Indipendente.

Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

- direttamente dalla famiglia del soggetto

indicare la persona di riferimento:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, grado di parentela \_\_\_\_\_

- da assistente domiciliare privato **in possesso di regolare contratto di lavoro.**

Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_; Numero UNILAV \_\_\_\_\_ ore lavorative  
settimanali \_\_\_\_\_.



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

Calendario settimanale dell'assistente:

---

---

---

---

---

---

---

- La sopracitata assistente familiare è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione di \_\_\_\_\_
- La sopracitata assistente familiare al momento **non** è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione

Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il  
Dr. \_\_\_\_\_

Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura** 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 essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Che la modalità di riscossione è la seguente:

Riscossione tramite Conto corrente bancario/postale:

IBAN: \_\_\_\_\_

Presso filiale \_\_\_\_\_

Allega obbligatoriamente alla presente:

- Attestazione I.S.E.E. ordinario completo di Dichiarazione Sostitutiva Unica – ultimo periodo di imposta);**
- Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;**
- Copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;**
- Autodichiarazione sulla situazione socio/sanitaria e di assistenza (allegato 2) da compilare solo da parte dei beneficiari del Bando assegno di cura 2018 (contributo erogato nell'anno 2019)**
- Informativa privacy sottoscritta**

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_