

AL SINDACO DEL COMUNE DI

**DOMANDA D'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2009**  
(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009)

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 entro il 4° grado  
 tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio non convivente che 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:

**DICHIARA**

- Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato):
  - è residente in uno dei comuni dell'ATS 22 (Acquasanta Terme, Arquata del Tronto, Ascoli Piceno, Folignano, Maltignano, Montegallo, Palmiano, Roccafluvione, Venarotta)
  - 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%
  - usufruisce di indennità di accompagnamento oppure ha presentato domanda di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento in data \_\_\_\_\_ in corso di valutazione.

- Che la situazione economica del soggetto, calcolata sull'ISEE corrente (*periodo d'imposta 2008*) è di € \_\_\_\_\_

- Che a sostegno del soggetto non autosufficiente sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente da un familiare del soggetto.

*Indicare la persona di riferimento:* Signor/a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

da assistenti domiciliari privati in possesso di regolare contratto di lavoro.

Indicare le generalità dell'Assistente familiare: Signor/a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

da assistenti domiciliari forniti da un ente privato.

Indicare le generalità dell'Assistente familiare: Signor/a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

Indicare la denominazione dell'Ente fornitore: \_\_\_\_\_

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

5. Che il soggetto non autosufficiente:

- non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)  
 si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio.

6. 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)

7. Di essere consapevole che le dichiarazioni di cui al punto 1 saranno soggette a verifiche d'ufficio e che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

**Allega alla presente:**

- Certificazione I.S.E.E. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente)– periodo d'imposta anno 2008;  
 Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente.

Inoltre si allega:

- copia della domanda presentata di indennità di accompagnamento,  
(la presentazione è richiesta solo nel caso in cui la valutazione sia ancora in corso da parte degli Uffici competenti);  
 copia del bollettino dell'ultimo versamento contributivo all'assistente privato,  
(la presentazione è richiesta solo nel caso in cui il supporto all'anziano venga prestato da assistente familiare privato in possesso di regolare contratto di lavoro).

**Ai fini dell'eventuale riscossione del contributo CHIEDE che venga erogato con le seguenti modalità:**

- 1)  Versamento diretto presso la Tesoreria del Comune di Ascoli Piceno;  
oppure  
2)  Accredito mediante bonifico in conto corrente bancario/postale intestato a:

nome e cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C/o Banca \_\_\_\_\_ Sede/Agenzia di \_\_\_\_\_  
oppure

