

Allegato B)

Al Coordinatore Ambito Territoriale Sociale n.
Via
Cap/Città

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER RELIGIOSI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI – ANNUALITA' 2014/2015**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale n. _____ nato/a

_____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Domiciliato in via _____

Comune di _____ tel. _____ cell. _____

in qualità di:

soggetto non autosufficiente riconosciuto invalido al 100% e in possesso di indennità di accompagnamento;

curatario:

⇒ priore/madre superiora:

⇒ familiare: (grado di parentela)

⇒ esercente tutela;

del sig./sig.ra _____ invalido/a al 100% e

in possesso di indennità di accompagnamento, nato/a il

_____ a _____ residente

a _____ via _____

domiciliato in via _____ Comune di

_____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo "assegno di cura" a favore di religiosi anziani non autosufficienti – annualità 2014/2015.

Ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che le funzioni assistenziali vengono svolte presso il

- con l'ausilio di un'assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro;
- che le funzioni assistenziali vengono svolte presso il direttamente da
- che l'anziano usufruisce del SAD regionale (*Servizio di Assistenza Domiciliare*);
- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) – periodo d'imposta 2013 del/la religioso/a anziano/a è pari a € _____ con scala di equivalenza pari a _____ e che la DSU è stata elaborata dal CAAF _____ in data _____
- che l'anziano, in quanto interdetto/inabilitato usufruisce di tutela/curatela/amministratore di sostegno come da provvedimento del Tribunale di _____ sentenza n° _____ emessa in data _____

Luogo e data

(firma del richiedente)

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (Decreto Lgs. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a, previamente informato/a, autorizza la raccolta e il trattamento dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, a seguito dell'istanza presentata a codesto Ente.

Luogo e data _____

(firma del richiedente)

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- copia fotostatica di un documento di identità del richiedente in corso di validità;
- copia del verbale di invalidità civile attestante "**l'invalidità con totale e permanente inabilità lavorativa al 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988)**", riportante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- copia del contratto di lavoro dell'assistente domiciliare privata (nel caso si usufruisca di assistenza privata) oppure dichiarazione relativa alle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore;
- copia DSU relativa situazione economica equivalente (ISEE) - periodo d'imposta 2013.