



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

### **AVVISO PUBBLICO 2015 PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA D'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.**

(DGR n. 985 del 15 giugno 2009 , DGR n. 6 del 09 gennaio 2012 , Decreto n.15 APS/2014 , L.R. n. 32/2014, DGR 328/2015)

Sono destinatari del presente Avviso Pubblico le persone anziane non autosufficienti che, nel Territorio dell'Ambito Territoriale Sociale XVI di San Ginesio, permangono nel proprio contesto di vita e di relazioni attraverso interventi di supporto assistenziale gestiti direttamente dalle loro famiglie o con l'aiuto di assistenti familiari private e in possesso di regolare contratto di lavoro, iscritta al registro regionale o comunque formata nelle modalità indicate dalla Regione.

Nel caso di compresenza di più persone non autosufficienti nello stesso nucleo familiare **viene concesso un massimo di n.2 assegni di cura**, utilizzando come titolo di precedenza la maggiore età e, a parità di età, la valutazione dell'assistente sociale dell'ATS XVI in merito alla gravità delle condizioni di maggiore bisogno di assistenza. **Sono escluse dall'assegno di cura le persone non autosufficienti che vivono in strutture sociali e socio-sanitarie previste dalle LR 20/2002 e LR 20/2000.**

**Per l'anno 2015 sono riammessi al Bando persone facenti parte ad Ordini Religiosi.**

#### **REQUISITI DI ACCESSO:**

1. La persona anziana assistita deve necessariamente:
  - a) aver compiuto i **65 anni di età** alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
  - b) essere **dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100%** (vale la certificazione di invalidità anche per il caso di cecità)
  - c) **usufruire di indennità di accompagnamento. Non saranno ammesse a contributo le domande che avranno in corso di valutazione il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o sia stata sospesa per revisione.** Vige, in ogni caso, l'equiparabilità 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;
  - d) essere **residente**, nei termini di legge, **in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale XVI di San Ginesio** ed ivi domiciliata (non saranno accoglibili le domande di coloro che vivono in modo permanente in strutture residenziali di cui alla L.R 20/2000 e L.R. 20/2002). In caso di anziani residenti, ma domiciliati fuori Provincia e/o fuori Regione, la possibilità di concedere l'assegno di cura vale solo in caso di Comuni confinanti ;
  - e) usufruire di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato nelle modalità verificate dall'assistente sociale dell'Ambito Sociale 16 assieme (se necessario) all'Unità Valutativa Integrata. Si specifica inoltre che gli assistenti familiari dei beneficiari, sono tenuti all'iscrizione all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari (DGR 118/2009) gestito c/o i CIOF, Centri dell'Impiego, l'Orientamento e la formazione entro dodici mesi dall'eventuale concessione del beneficio.

**Nel caso in cui l'assistente familiare risultasse inserita nello stato di famiglia dell'anziano non autosufficiente si darebbe luogo al nucleo familiare estratto di cui all'art. 3, comma 3, del D.lgs 109/98 e art. 1 comma 7 del Dpcm 221/99 come modificato dal Dpcm 242/01, e pertanto il reddito dell'assistente va escluso dall'ISEE.**

#### **POSSONO PRESENTARE DOMANDA:**

- f) **l'anziano stesso**, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- g) **i familiari o soggetti delegati;**
- h) **il soggetto incaricato alla tutela dell'anziano** in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno).

#### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

La domanda di assegno di cura, redatta su apposito modello, dovrà pervenire tramite consegna a mano durante l'orario di ufficio e precisamente dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,00 o inviate per posta con raccomandata e ricevuta di ritorno (nel qual caso farà fede il timbro postale di spedizione), **solo ed esclusivamente** presso la sede dell'ente capofila dell'ATS XVI:

**UNIONE MONTANA DEI MONTI AZZURRI DI SAN GINESIO – UPS/PUA - via Piave N. 12, 62026 San Ginesio,**

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



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

**ENTRO E NON OLTRE IL**  
**18 DICEMBRE 2015**

**Le domande pervenute oltre il termine previsto e/o in difformità con le modalità di presentazione sopra specificate verranno escluse dalla valutazione e ammissione in graduatoria.**

Codesto Ente non assume responsabilità per la dispersione e/o ritardo nella consegna o presentazione della suddetta domanda e della relativa documentazione allegata; inoltre l'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del richiedente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

**1. La domanda deve essere corredata obbligatoriamente, pena l'esclusione, dalla seguente documentazione:**

- a) **attestazione ISEE**, riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità, completa di **dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.)**;
- b) copia di un valido **documento di identità** del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- c) **copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile**, con riconoscimento dell'**indennità di accompagnamento percepita al momento della consegna della domanda** (non sono ammesse a contributo le persone che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o siano state sospese per revisione);
- d) dichiarazione relativa alle **modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata** nell'arco delle 24 ore (allegato 2) ;
- e) **autocertificazione dello stato di famiglia** (allegato 3)

N.B. la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

### **ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO:**

L'entità dell'**assegno di cura** a favore dei destinatari è **pari ad € 200,00 mensili** ed ha durata annuale, non costituisce vitalizio, ma supporto personalizzato in attuazione nell'Ambito del "Piano Assistenziale Individualizzato" (PAI), finalizzato a supportare momentaneamente la famiglia che assiste l'anziano.

L'entità dell'assegno di cura sarà erogato trimestralmente.

L'eventuale diritto all'assegno di cura verrà riconosciuto dal 01/01/2016 al 31/12/2016, salvo interruzioni o scorrimenti,

### **L'assegno di cura viene interrotto:**

1. in caso di inserimento permanente in struttura residenziale sociale, sanitaria o socio-sanitaria (L.R. 20/2002 e LR. 20/200);
2. Nel caso in cui il destinatario acceda o sia già beneficiario del Servizio Assistenza Domiciliare anziani non autosufficienti e/o del Servizio Assistenza Domiciliare tradizionale (in quest'ultimo caso la decisione sarà a discrezione del Comune di residenza). Il diritto all'assegno decorrerà dal momento di interruzione del SAD successivo all'approvazione della graduatoria.
3. In caso in cui il destinatario acceda al servizio Home Care Premium effettuato dall'INPS
4. In caso in cui il destinatario acceda al servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta indirizzato ai soggetti over 65 anni in situazione di "particolare gravità"
5. col venir meno delle condizioni previste all'atto della sottoscrizione degli impegni assunti coi destinatari dei contributi nel "patto di assistenza";
6. col venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste dall'intervento;
7. rinuncia scritta del beneficiario o da parte del familiare che di fatto si occupa dell'assistenza dell'anziano;
8. decesso del beneficiario.

**In caso di interruzione si procederà allo scorrimento della graduatoria con decorrenza non retroattiva del beneficio economico.**



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

### **L'assegno di cura viene sospeso:**

1. in caso di ricovero temporaneo del beneficiari c/o strutture ospedaliere o residenziali per periodi superiori a 30 giorni, qualora il supporto assistenziale di cui al Patto per l'assistenza venga meno durante il periodo di ricovero.

**L'Assegno di cura non è di norma cumulabile con il Servizio Assistenza Domiciliare anziani non autosufficienti (SAD), Servizio di Assistenza Domiciliare Tradizionale** (in quest'ultimo caso la decisione sarà a discrezione del Comune di residenza) e intervento Home Care Premium effettuato dall'INPS; i beneficiari del SAD e dell'Home Care Premium, possono presentare richiesta di accesso al contributo ferma restando la **non cumulabilità degli interventi**; il diritto all'assegno pertanto decorrerà dal momento di interruzione del SAD e/o dell'Home Care Premium, successivo all'approvazione della graduatoria.

### **PERCORSO PER ACCEDERE ALL'ASSEGNO DI CURA:**

Il Coordinatore dell'ATS XVI, in collaborazione con i competenti servizi sociali e socio sanitari, attiva un iter procedurale per definire gli aventi diritto all'assegno di cura. In particolare verrà predisposta la graduatoria sulla base del minor reddito ISEE e dell'età maggiore in caso di pari ISEE.

**La suddetta graduatoria non dà immediato diritto al contributo che sarà subordinato anche alla realizzazione di un "piano di assistenza individualizzato" e di un "patto per l'assistenza domiciliare"** da sottoscrivere a cura delle parti nel quale vengono individuati:

1. i percorsi assistenziali a carico della famiglia,
2. eventuali impegni a carico dei servizi,
3. la qualità di vita da garantire alla persona assistita,
4. le conseguenti modalità di utilizzo dell'assegno di cura,
5. la tempistica di concessione dello stesso,
6. Impegno formale da parte dell'assistente familiare del beneficiario ad iscriversi all'elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) gestito c/o CIOF (centri per l'impiego, l'orientamento e la formazione) entro 12 mesi dalla concessione del beneficio.

Al fine di valutare la possibilità di stipulare un "patto di assistenza", parte integrante del Piano di assistenza individualizzato (PAI) del quale l'assegno di cura è supporto personalizzato, in sede di presentazione della domanda il soggetto richiedente (sia esso l'anziano, il suo tutore o la famiglia) è tenuto a presentare, sotto la sua responsabilità, una dichiarazione nella quale devono essere indicate nel dettaglio le modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore nelle varie forme possibili ed integrabili (assistente familiare in possesso di regolare contratto di lavoro ed iscritte all'Elenco regionale degli Assistenti familiari gestito c/o i CIOF – Centri per l'Impiego, l'Orientamento e formazione, familiari del soggetto non autosufficiente, altro specificato). La dichiarazione sarà valutata ed eventualmente sottoposta a verifica, anche periodica, da parte dell'Assistente sociale o dell'Unità Valutativa Integrata.

L'assistente sociale può avvalersi delle professionalità che compongono l'UUVI, di cui la stessa fa parte, nel caso di situazioni caratterizzate da alta complessità assistenziale, che richiedono la presenza di competenze sanitarie.

Come stabilito dalla DGR n.985/2009, la DGR n. 6/2012 e DGR 328/2015, **la graduatoria (approvata dal Comitato dei Sindaci) non dà immediato accesso al contributo**, essendo lo stesso subordinato alla valutazione dell'Assistente Sociale dell'ATS XVI e, se necessaria, dell'Unità Valutativa Integrata del Distretto Sanitario che può essere negativa in assenza delle condizioni per stipulare il "patto di assistenza domiciliare", in particolare:

- **assenza di adeguata assistenza nelle 24 ore;**
- **non gestibilità dell'anziano a domicilio;**
- **ambiente non idoneo;**
- **decesso del beneficiari prima della stipula del "patto di assistenza".**

Al termine del percorso sopra indicato ai singoli richiedenti verrà trasmessa una comunicazione scritta relativa all'esito della domanda.



*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

**PER REPERIRE I MODELLI DI DOMANDA ED OTTENERE EVENTUALI INFORMAZIONI rivolgersi a:**

- Assistente sociale Dott.ssa Catia Zacconi **Ufficio Promozione Sociale ATS XVI - Ambito Territoriale Sociale XVI**, via Piave n. 12 - 62026 San Ginesio (MC) - tel: 0733/656336 int. n. 1 e n.1.
- [www.ats16.it](http://www.ats16.it)
- [www.montiazzurri.it](http://www.montiazzurri.it)
- **Comune di residenza.**

Per quanto non specificato nel presente avviso si rinvia alla Delibera Amministrativa della Regione Marche n. 985 del 15 giugno 2009 , n. 6 del 09 gennaio 2012 , n. 139 del 07 ottobre 2013 , Decreto n. 15/APS del 10/04/2014 e DGR 328/2015

Si precisa che l'erogazione dell'assegno di cura, di cui al presente bando, è subordinata all'effettivo finanziamento da parte della Regione Marche, nella misura stabilita dal Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale XVI .

San Ginesio li 16/11/2015

Il Coordinatore  
Ambito Territoriale Sociale XVI  
*F.to Dott. Valerio Valeriani*



*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 2015**

(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009 , DGR 6 del 09 gennaio 2012, Decreto 15/APS del 10 aprile 2014,  
DGR 328/2015)

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:



*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 corrente (*in corso di validità*) è di € \_\_\_\_\_.
- 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 \_\_\_\_\_

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

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

- 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





*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

- 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 scelta , nell'eventualità venisse accettata la seguente domanda, è la seguente:
- Riscossione diretta a favore di: *nome* \_\_\_\_\_ *cognome* \_\_\_\_\_ *data e luogo di nascita* \_\_\_\_\_ *residente a* \_\_\_\_\_ *in qualità di (familiare, figlio, nipote ecc.)* \_\_\_\_\_ *C.F.* : \_\_\_\_\_ . (*allegare carta di identità*)
- Riscossione tramite Conto corrente bancario/postale:  
IBAN: \_\_\_\_\_  
Presso filiare \_\_\_\_\_

Allega obbligatoriamente alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – periodo d'imposta anno 2014);**
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario;**
- copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;**
- Autodichiarazione dello Stato di famiglia del beneficiario;**
- Dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (allegato 2)**
- Informativa privacy sottoscritta**

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

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

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

### **INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso la Comunità Montana e l'Ambito Territoriale Sociale XVI, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, ASUR Marche ZT. di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012.
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012 – DGR 328/2015. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/ Comunità Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all'ATS XVI del contributo regionale.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il sottoscritto, preso visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data \_\_\_\_\_

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





*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

**Allegato 2**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art.47 DPR 28 dicembre 2000,n.445)  
MODALITA' DI GESTIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALE**

Il/la sottoscritto/a ....., in relazione alla domanda d'accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti (DGR 985/2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012 – 328/2015), 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 l'anno 2016 per il quale si richiede l'assegno di cura, l'Assistenza h 24 al Sig. /Sig.ra ....., beneficiario/a del contributo richiesto, è organizzata come di seguito riportato:

**assistente domiciliare privata:**

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
N. Contratto \_\_\_\_\_ stipulato in data \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_ scadenza del contratto di lavoro \_\_\_\_\_

N. tot. ore settimanali di assistenza settimanali \_\_\_\_\_

Calendario (giorni ed orario) settimanale dell'assistenza:

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

- La sopraccitata 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 sopraccitata 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 .



*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

**Familiare/i che di fatto si occupano dell'assistenza dell'anziano:**

Nominativo \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
Nominativo \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
Nominativo \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
Nominativo \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
Nominativo \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Calendario (giorni ed orario) dell'assistenza del/dei familiare/i:

---

---

---

---

---

---

---

In Fede.

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

Firma del dichiarante

---



*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

**AUTODICHIARAZIONE**  
**(utenti che nell'anno 2014 usufruivano dell'assegno di cura)**  
**BANDO ASSEGNO DI CURA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 2015**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

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 in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita
- familiare della persona anziana non autosufficiente
- tutore/curatore/amministratore di sostegno, assistente familiare, che di fatto si occupa della tutela della persona anziana non autosufficiente

**DICHIARA CHE:**

- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è invariato rispetto l'anno passato;
- la situazione socio-sanitaria della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

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

- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è invariata rispetto l'anno passato;
- l'assistenza della persona anziana (beneficiario) è cambiata come di seguito:

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

- l'anziano (beneficiario) non è ospite di una struttura residenziale e domicilia presso:

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

- Le modalità di pagamento "Assegno di cura anziani non autosufficienti" sono confermate quelle riportate nella domanda di accesso.

**FIRMA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_