

**ALLEGATO 1 - MODELLO DI DOMANDA PER ASSEGNO DI CURA ANNO 2012**

**AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON  
AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2012**

Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009

Il sottoscritto/a.....

Codice Fiscale.....

nato/a il ..... a .....

residente a.....(.....) C.P.A. ....

in via .....n. ....Tel.....

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

persona anziana in situazione di non autosufficienza;  
oppure

familiare (entro il 4° grado)

tutore/curatore/amministratore di sostegno

Per il/la Sig./Sig.ra ..... persona anziana in  
situazione di non autosufficienza

nato/a il ..... a .....

residente a..... (.....) C.A.P. ....

in via .....n. ....Tel.....

codice fiscale.....

**CHIEDE**

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

E' 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).



8. 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 il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

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

da assistenti familiari privati in possesso di regolare contratto di lavoro. Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

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

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

10. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 10 giorni e comunque ogni qual volta l'Ambito Territoriale Sociale n. 6 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*);

11. 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.

**In caso di ammissione al beneficio, il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata al:**

Beneficiario (non autosufficiente)

Richiedente

oppure a:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

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

C.A.P. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**mediante:**

Conto Corrente postale

IBAN \_\_\_\_\_

(allegare copia del foglio rilasciato dalla Posta con le coordinate postali del conto corrente)

Conto Corrente bancario

IBAN \_\_\_\_\_

(allegare copia del foglio rilasciato dalla Banca con le coordinate bancarie del conto corrente)

Quietanza diretta (presso tesoreria Comune di Fano, Banca Carifano sede centrale Fano)

**Allega alla presente:**

- attestazione I.S.E.E. completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – periodo d'imposta anno 2010;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia del verbale di invalidità civile;
- copia del certificato di pensione INPS (Modulo Obis M per l'anno 2011) che comprova il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento oppure, se la valutazione è in corso, copia della domanda presentata;
- Se si desidera l'accredito dell'Assegno di cura nel conto corrente: copia del foglio rilasciato dalla Posta o dalla Banca indicante le coordinate postali o bancarie del conto corrente su cui si desidera l'accredito dell'Assegno di cura.

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

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

IL DI CHIARANTE  
(firma leggibile)

---

---

### INFORMATIVA PRIVACY

Gentile cittadino/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 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 l'Ambito Territoriale Sociale n. 6, quale titolare del trattamento dei 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, Anagrafe, ASUR Marche ZT di riferimento, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.);
3. il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative contenute nel Codice della Privacy (D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003);
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. 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 dell'Ambito Territoriale Sociale n. 6, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy (D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003), 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 pubblicazione del presente avviso.

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il sottoscritto, avendo 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

---