Amministrazione destinataria

Comune di Pesaro

Ufficio destinatario

Ufficio ambito

# Domanda di accesso alla graduatoria beneficiari dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti

## Il sottoscritto

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**Telefono cellulare** | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

## in qualità di

**Ruolo**

- ○ familiare che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prendono cura dello stesso anche se non conviventi
- ○ tutore o curatore o amministratore di sostegno
- ○ persona anziana in situazione di non autosufficienza

## ☐ la persona anziana in situazione di non autosufficienza

*(da compilare se diversa dal sottoscritto)*

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**Telefono cellulare** | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

**CHIEDE**

l'accesso alla graduatoria dei beneficiari dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che il sottoscritto o la persona interessata ha i seguenti requisiti

- ☑ ha compiuto o compirà il 65esimo anno di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico
- ☑ è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%, anche per cecità
- ☑ è titolare di indennità di accompagnamento
- ☑ è residente nel Comune di Pesaro

da non usare per presentazione cartacea

**DICHIARA INOLTRE**

- [x] di non usufruire delle prestazioni di cui a servizi: home care premium dell'INPS e SAD; inoltre l'assegno di cura è alternativo agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime ed al Progetto vita indipendente così come definito dal DGR 27/12/2022, n. 1790
- [x] di usufruire di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato nelle modalità verificate dall'assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di riferimento

| | |
|---|---|
| ○ | gestita direttamente da un familiare |
| ○ | gestita con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro, tenuti ad iscriversi all'elenco regionale degli assistenti familiari gestito presso il centro per l'impiego, l'orientamento e la formazione (CIOF). L'iscrizione deve avvenire entro 12 mesi dalla concessione del beneficio (inquadramento CSUPER 30 ore settimanali) |

- [x] di non vivere in modo permanente in strutture residenziali (es. residenze protette, RSA)
- [ ] di possedere il seguente ISEE

| Valore ISEE | Data di rilascio (anno 2023) |
|---|---|
| € | |

**coordinate del conto corrente dell'anziano aspirante beneficiario**

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---|---|---|
| | | |

| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Accesso presso | Filiale di | Codice IBAN |
|---|---|---|
| | | |

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

Da non usare per presentazione cartacea

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ copia del contratto individuale di lavoro della assistente familiare
- ☐ copia indennità di accompagnamento
  *(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)*
- ☐ nomina amministratore di sostegno - tutore
- ☐ altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

| Luogo | Data | Il dichiarante |
|---|---|---|
| Pesaro | | |

da non usare per la presentazione cartacea