



**MODELLO DI DOMANDA
AVVISO PUBBLICO
RIAPERTURA TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA ASSEGNI DI
CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

ANNO 2021

*All'Unione Montana del Catria e Nerone
Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale 3
Via Lapis, 8 - 61043 Cagli*

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI -
GRADUATORIA INTEGRATIVA
Anno 2021**

Scadenza: giovedì 20/05/2021 - ore 13:00

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 _____;
- tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della
persona anziana

PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA

- per me medesimo
- per il/la Sig. _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

domiciliato a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____



A tal fine il sottoscritto, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 che la persona interessata

1. risiede in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.3 (in caso di residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 ma domiciliati fuori dal territorio dell'ATS 3 l'assegno di cura vale solo nel caso di Comuni confinanti con il territorio dell'ATS 3);
2. ha compiuto 65 anni d'età alla data di sottoscrizione della domanda;
3. è stata dichiarata non autosufficiente (ed è quindi in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%) ed è titolare di indennità di accompagnamento, rilasciata in data _____;
4. il suo MMG è il Dott _____;
5. possiede ISEE € _____;
6. non risiede in una struttura residenziale;
7. non usufruisce delle prestazioni Home Care Premium (prestazioni integrative e/o prestazioni prevalenti);
oppure
 si impegna a rinunciare all'intervento Home Care Premium in caso di ammissione all'assegno di cura entro 30 giorni dalla data di notifica;
8. non usufruisce del SADIS;
oppure
 si impegna a rinunciare al SADIS in caso di ammissione all'assegno di cura entro 30 giorni dalla data di notifica;
9. non usufruisce di Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la "Disabilità Gravissima";
10. usufruisce di un'adeguata assistenza presso il proprio domicilio, gestita da:

direttamente da un familiare:

Cognome e nome _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____

con l'aiuto di assistente familiare privata, in possesso di regolare contratto di lavoro e iscritta all'Elenco Regionale degli Assistenti Familiari gestito c/o CIOF, Centro per l'impiego e la formazione (compilare allegato "B" del Bando):

Cognome e nome _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via _____ n. _____, telefono _____



Si impegna a comunicare nel termine di 15 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 struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo, residenza, domicilio, cambiamento della persona di riferimento, dell'assistente familiare, variazioni modalità di riscossione, ecc).

Dichiara di essere consapevole che la documentazione allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli.

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (del nucleo familiare dell'anziano) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – in corso di validità;
- copia di un valido documento di riconoscimento dell'anziano non autosufficiente e in caso di altro richiedente anche copia del documento di quest'ultimo;
- copia del verbale di invalidità civile e accompagnamento;
- Allegato A1-Modalità di pagamento per Anziano Beneficiario – Familiare

oppure

- Allegato A2- Modalità di pagamento per Amministratore di sostegno o Tutore- con decreto del Giudice Tutelare;
- codice IBAN intestato all'anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso.

Allega inoltre, nel caso in cui la cura dell'anziano sia svolta da un'assistente familiare:

- documento di identità dell'assistente familiare;
- copia del regolare contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare/colf, ultimo versamento effettuato all'INPS;
- Allegato B – Dichiarazione di iscrizione al registro assistenti familiari presso il CIOF

Luogo e data _____ / ____ / _____

IL DICHIARANTE



INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA (Reg.UE n.679/2016 e D.Lgs n.196/2003 e ss.mm.ii)

Ai sensi del D.Lgs n.196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 -"Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito denominato "Codice") e del Regolamento U.E. n.679/2016 ("GDPR"), L'Unione Montana del Catria e Nerone, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali, che saranno trattati rispettando i principi di correttezza, liceità, necessità e finalità stabiliti.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Unione Montana del Catria e Nerone

Sede operativa via G. Lapis n. 8 – 61043 Cagli (PU)

Email: cm.cagli@provincia.ps.it

PEC: cm.cagli@emarche.it

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: avv. Giangiaco­mo Giuseppe via Ignazio Silone 4/E – 66054 Vasto (CH)

Tel. 0873/69719 o 0873/370910

e-mail: giuseppangiaco­mo@gmail.com PEC: giuseppe.giangiacomo@pec.ordineavvocativasto.it

FINALITA' DEL TRATTAMENTO: I dati personali saranno trattati per le finalità istituzionali connesse al conferimento di assegni di cura, di cui alla D.G.R.M. 1138/2019, rivolti ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti che usufruiscono di funzioni assistenziali da parte dei familiari, anche non conviventi, o da parte di assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro. I dati conferiti saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria, definizione ed archiviazione dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse al procedimento.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire i dati preclude l'accoglimento della domanda.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO: il trattamento dei dati personali è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (art. 6 par. 1 lett. e) GDPR). I dati appartenenti a categorie particolari (es. dati relativi allo stato di salute) sono trattati per motivi di interesse pubblico rilevante (artt. 9 par. 2 lett. g) GDPR e art. 2 -sexies co.2 lett. s) d.lgs. 196/03). Normativa di riferimento: L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"- L.R. 32/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia" Delibera Giunta Regione Marche n° 1138/2019

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI E AMBITO DI COMUNICAZIONE: In relazione alle finalità descritte, il trattamento dei dati personali viene effettuato con modalità sia cartacee che informatizzate, nel rispetto di minimizzazione dei dati, unicamente per il servizio/intervento richiesto. Vengono quindi adottate tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare problemi di accesso non autorizzato, divulgazione, modifica o distruzione.

Per il perseguimento delle suddette finalità di trattamento i dati saranno trattati dai soggetti espressamente autorizzati dal titolare del trattamento. In particolare sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, per esigenze organizzative, ai Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale Sociale 3 che ricevono ed istruiscono le istanze.

Laddove si configurino comunicazioni obbligatorie di dati personali o le stesse siano necessarie in conseguenza della istanza o del servizio richiesto dal cittadino, i dati trattati potranno essere oggetto di comunicazione o trasferimento agli altri enti pubblici rispettando gli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti.

In particolare i dati possono essere comunicati alla Regione Marche ed eventualmente all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo.

I dati verranno comunicati all'istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi.

Per il perseguimento delle suddette finalità di trattamento il titolare del trattamento potrebbe avvalersi di soggetti terzi nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR.

I dati non saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI: I dati saranno conservati per tutto il periodo necessario all'espletamento delle funzioni istituzionali relative al presente procedimento e successivamente saranno conservati nel rispetto delle previsioni di legge in materia.

DIRITTI DELL'INTERESSATO: Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e ss. del GDPR ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione del trattamento, l'aggiornamento, se incompleti o erronei, e la cancellazione se ne sussistono i presupposti, nonché di opporsi al loro trattamento. Per tali motivi, è possibile rivolgersi al Titolare (cm.cagli@provincia.ps.it) oppure al Responsabile della protezione dei dati (DPO-RPD) al seguente indirizzo mail: giuseppangiaco­mo@gmail.com . L'interessato potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo italiana, Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la Privacy) con sede in ROMA, Piazza di Monte Citorio n.121, CAP 00186.

La presente informativa potrà essere revisionata ed integrata; in caso di cambiamenti importanti, sarà data notizia nella home page del sito web istituzionale.

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE

Luogo e data _____ / ____/____

Firma _____



**ALLEGATO B -DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE AL REGISTRO
ASSISTENTI FAMILIARI PRESSO IL CIOF**

Il sottoscritto/a _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ (___) il _____

residente a _____ (___) CAP _____ in via

_____ n. _____, telefono _____

In qualità di:

beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2021

richiedente il contributo per conto del beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2021, per ___l___ sig _____

altro (specificare) _____

DICHIARA CHE L'ASSISTENTE FAMILIARE, ASSUNTO CON REGOLARE CONTRATTO:

è iscritto al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento;

non si è iscritto al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento per la seguente motivazione:

Si impegna ad effettuare l'iscrizione entro e non oltre i 12 mesi di erogazione del Bando Assegno di Cura 2021.

È consapevole che l'iscrizione al registro è requisito previsto dalla DGR 328 del 2015.

Luogo e data _____

Il Richiedente _____
(firma leggibile)