

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV
per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello



Montecalvo



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



CM. Urbania

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – BANDO 2015**
(Deliberazione della Giunta Regionale n. 6 del 9 gennaio 2012)

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____)

il _____ residente nel Comune di _____ (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

Recapiti telefonici: Abitazione _____

Cellulare _____

di seguito denominato **richiedente**

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare convivente con l'anziano (entro il 4° grado di parentela)
- tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di Assegno di Cura

(da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario)

per il/sig./sig.ra _____ nato a _____ (____)

il _____ residente nel Comune di _____ (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ (____) CAP _____

in Via/Piazza _____

di seguito denominato **beneficiario**

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello



Montecalvo



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



CM. Urbania

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 il soggetto richiedente

DICHIARA

1. Che il beneficiario è residente in uno dei nove Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale IV (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino), alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'Assegno di Cura;
2. Che il beneficiario ha compiuto 65 anni alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'Assegno di Cura;
3. Che il beneficiario è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100%;
4. Che il beneficiario usufruisce di indennità di accompagnamento (o di titolo equivalente secondo quanto stabilito dall'Avviso pubblico);
5. Che il beneficiario è attualmente assistito:
(barrare la voce che interessa)
 - direttamente dalla famiglia del soggetto
 - da assistente domiciliare privato
7. Che il beneficiario:
(barrare la voce che interessa)
 - non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
 - si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio

Si allega:

- 1) Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;
- 2) Certificazione **ISEE Socio-sanitario**, comprensiva di DSU, del soggetto beneficiario in corso di validità;
- 3) Copia del verbale di invalidità civile
- 4) Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (o di titolo equivalente secondo quanto stabilito dall'Avviso pubblico).

I richiedenti che utilizzano assistenti domiciliari private dovranno inoltre presentare:

- 5) copia del contratto di lavoro
- 6) ricevuta dell'ultimo pagamento trimestrale all'INPS

Data _____

Firma del richiedente _____