



## MODULO DI DOMANDA

**ALL'ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N°10  
UNIONE MONTANA DELL'ESINO FRASASSI  
VIA DANTE, 268 FABRIANO**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA  
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI 2022 – ANNUALITÀ 2021  
Con scadenza, VENERDÌ 18 marzo 2022, ORE 13:00.**

**DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA A FAVORE (persona anziana in situazione di non autosufficienza):**

del signor/della signora .....  
nato/a il ..... a ..... Prov. (.....)  
residente a ..... in Via ..... n. ....  
Tel./Cell .....  
Codice Fiscale .....

Compilare se domiciliato in differente luogo:

domiciliato a ..... in Via ..... n. ....  
Tel./Cell .....

**DOMANDA PRESENTATA DA:**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a il ..... a ..... Prov. (.....)  
residente a ..... in Via ..... n. ....  
Tel./Cell .....  
Codice Fiscale .....

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza;
- familiare convivente con l'anziano;
- familiare non convivente con l'anziano che si prende cura dello stesso;
- soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente;
- Amministratore di sostegno/tutore/curatore.

**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:**

1. che la persona interessata risiede in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.10;
2. che possiede almeno 65 anni d'età alla data del **18 MARZO 2022**;
3. che 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. che il medico di Medicina Generale del soggetto non autosufficiente è il Dott. ....
5. possiede la seguente condizione economica, in riferimento all' ISEE di € .....
6. che la persona interessata non risiede in una struttura residenziale;
7. che la persona interessata non usufruisce del progetto Home Care Premium 2019;
8. che la persona interessata non usufruisce del servizio SAD- servizio assistenza domiciliare;
9. che la persona interessata non ha richiesto l'accesso al contributo "disabilità gravissima";
10. che la persona interessata usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio gestita (*barrare la voce che interessa*):

**direttamente da un familiare:**

cognome e nome .....

nato/a il ..... a ..... Prov. (.....)

residente a ..... in Via ..... n. ....

Tel./Cell .....

**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:**

cognome e nome .....

nato/a il ..... a ..... Prov. (.....)

residente a ..... in Via ..... n. ....

Tel./Cell .....

**Il sottoscritto dichiara inoltre**

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*)

**Allega alla presente la seguente documentazione completa di:**

- attestazione **I.S.E.E.**, in corso di validità, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- copia di un valido **documento** di riconoscimento del richiedente;
- copia di un valido **documento** di riconoscimento dell'anziano;
- copia del **verbale** di invalidità civile 100%, con il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento (vale anche per il caso di cecità). Oppure copia del riconoscimento 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);
- attestazione bancaria o postale** dell'intestazione del conto corrente, se il beneficiario non è intestatario di un C/C è necessario compilare l'apposito modello di delega;
- copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare se presente e copia di documentazione che attesti l'iscrizione all'elenco regionale degli assistenti familiari;
- copia dell'iscrizione all'Elenco Regionale degli Assistenti Familiari gestito c/o CIOF, Centro per l'impiego e la formazione;
- Se presente, copia del decreto di nomina di amministratore di sostegno/tutore/curatore;

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

**Modalità di presentazione della domanda:**

1. La domanda per l'eventuale concessione dell'assegno di cura dovrà essere presentata su apposito modello **inviata** per PEC all'indirizzo ats10@emarche.it
2. È inoltre possibile **consegnare la domanda a mano** presso il PUA e l'Ufficio di Promozione Sociale del Comune di residenza:
  - **Comune di Cerreto d'Esi** – Piazza Lippera n.1, il lunedì mattina dalle 09:00 alle 12:00- tel. 0732/679000- 0732/695276;
  - **Comune di Fabriano, presso la sede dell'Ambito Territoriale Sociale n°10** – Unione Montana dell'Esino Frasassi, Via Dante, 268 Fabriano- **prendendo appuntamento** nei giorni:  
martedì e giovedì: 15:00-18:00, venerdì 09:00-13:00 – tel. 0732/695270 o 0732/695277-0732/695271.
  - **Comune di Genga** – Via Corridoni, il giovedì mattina dalle 09:00 alle 12:00- tel. 0732/973014-0732/695276;
  - **Comune di Sassoferrato** – Piazza Matteotti, 1, il giovedì 15:30-18:30 – tel.0732/956244-0732/695244-0732/695276;
  - **Comune di Serra San Quirico** – Piazza della Libertà n.1 il mercoledì mattina dalle 09:00 alle 12:00- tel. 0731/818216-0732/695276.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Il richiedente**

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento UE n. 2016/679 – Servizi sociali

Gentile Signore/a,

desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di trattamento da parte di questo Ente nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuto.

1. Il Titolare del trattamento è l'Unione Montana dell'Esino-Frasassi - riferimenti: e-mail: ambito10@umesinofrasassi.it tel. 0732/6951.
2. Il responsabile della Protezione dei dati: Step s.a.s. di Bocchini Carla & c.
3. Finalità del trattamento: i dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti dalla legge/regolamento ai fini delle prestazioni di servizi sociali.
4. Categorie particolari di dati: i servizi/attività/documenti da Lei richiesti potrebbero richiedere il trattamento di dati qualificabili come “categorie particolari di dati personali” (ovvero quei dati che rivelano “l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici, i dati relativi alla salute, alla vita sessuale o all'orientamento sessuale”). Il trattamento sarà effettuato solo se trova il proprio fondamento in una norma di legge o di regolamento ovvero su Suo espresso consenso.
5. Categorie di destinatari: i dati potranno essere comunicati o diffusi a soggetti pubblici o privati nei casi previsti dalla legge o da regolamento.
6. Modalità di trattamento e conservazione: il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 2016/679 in materia di misure di sicurezza e ad opera di soggetti appositamente incaricati. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e/o all'adempimento di obblighi di legge.
7. Trasferimento dei dati personali: la gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server del Titolare e/o di società terze, nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I Suoi dati non saranno trasferiti in Paesi membri dell'unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'unione Europea.
8. Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione: il Comune non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
9. Diritti dell'interessato: in ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di accesso ai dati personali, ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguarda, opporsi al trattamento, ottenere la portabilità dei dati, revocare eventuale consenso, ove previsto, proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante della Privacy). Laddove la S.V. non intenda conferire i dati personali

richiesti e necessari, l'Unione Montana dell'Esino-Frasassi non potrà erogare il servizio o prestare l'attività richiesta.

L'informativa più dettagliata, comprensiva degli indirizzi e dei contatti per l'esercizio dei Suoi diritti, è pubblicata sul sito.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, presa 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 Regolamento UE n. 2016/679.

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

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

### **Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8:**

<b>Amministrazione competente</b>	Unione Montana dell'Esino - Frasassi – Via Dante 268 – 60044 Fabriano.
<b>Oggetto del procedimento</b>	Assegno di cura per anziani non autosufficienti –D.G.R. 1138/2019
<b>Inizio e termine del procedimento</b>	L'avvio del procedimento decorre dalla data di trasmissione della presente domanda da parte dei punti di raccolta definiti nel bando presso il Servizio Protocollo dell'Unione Montana dell'Esino-Frasassi; dalla stessa data, i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 90 giorni a decorrere dalla data di effettiva riscossione da parte della Tesoreria dell'Unione Montana dell'Esino – Frasassi, del finanziamento erogato dalla Regione Marche.
<b>Inerzia dell'Amministrazione</b>	Decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà adire direttamente il Giudice Amministrativo (T.A.R. Marche) finché perdura l'inadempimento e comunque non oltre un anno dalla data di scadenza dei termini di conclusione del procedimento.
<b>Ufficio in cui si può prendere visione degli atti</b>	Ufficio di Coordinamento Ambito Territoriale Sociale 10 – Via Dante,268 – Fabriano, nei giorni e negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dagli art. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/2005 e da regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dall'Unione Montana dell'Esino-Frasassi