



CITTA' DI P O T E N Z A
-Unità di Direzione "Servizi Sociali"-
Via Lacava, N.º 2 - 85100 Potenza

ASSEGNO DI CURA TIPO "C"

(supporto alla persona non autosufficiente che intende avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso da familiari o da altri)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____
in qualità di _____	(titolare, supporto istituzionale)

fa domanda di Assegno di Cura tipo "C"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, 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

1. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che il beneficiario:

- intende acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da parte di familiari o di altri per sostenere il proprio progetto di vita indipendente;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla propria persona da parte di familiari o di terzi;

c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che il valore dell'I.S.E.E 2015 del nucleo familiare della persona non autosufficiente è di € _____;

f. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare o a terzi

(parte da compilare solo nel caso che il beneficiario si avvalga a titolo oneroso, di familiare o di assistente familiare o di altra persona)

A. familiare o Assistente familiare o altra persona assunto/a dal beneficiario

1. L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ____/____/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a dal beneficiario con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:

- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

B. familiare o Assistente familiare o altra persona pagato/a per il tramite di enti terzi

1. L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (ragione sociale) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:

- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

- Beneficiario (non autosufficiente)

con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
cod. IBAN _____

4. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- c) il decesso;
- d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- e) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari o ad altre persone (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

- Annotazione estremi documento di identità _____
- Allegata copia del documento di identità _____

IL FUNZIONARIO

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2015 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dal D.P.C.M. n. 159 del 05.12.2013, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso Pubblico, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da parte di un familiare o di altri (Assegno di tipo C);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con un familiare o uno o più assistenti familiari o un'altra persona;
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa Privacy

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza e della Azienda U.S.L., cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente l'Assegno di cura, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune o dall'Azienda U.S.L., i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE), nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'assegno di cura, nonché dei dati socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)