

Allegato A

ASSEGNO DI CURA TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____ (Riservato all'Ufficio)	prot. n° _____ del _____
--	-----------------------------

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____ telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)
(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"

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. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare non autosufficiente presso il suo domicilio;
- 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 ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accredito bancario, su istituto di credito _____
 IBAN _____

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento

4. Comunicazione variazioni

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 ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- attestazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

firma leggibile