

Comune di GRASSANO (Provincia di Matera)
Capo Fila Ambito Basento/Bradano
Comuni di :Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Oliveto Lucano, Salandra, Tricarico

AVVISO PUBBLICO

IL RESPONSABILE DEL SETTORE AMMINISTRATIVO/DEMOGRAFICO

RENDE NOTO

che, ai sensi e per gli effetti della D.D. n. 13^o2.2016/D.00296 del 13/07/2016, sono **riaperti i termini degli avvisi pubblici in essere con il rifacimento di tutte le graduatorie esistenti, relativamente all'Assegno di Cura.**

I cittadini interessati residenti nei Comuni dell'Ambito Basento/Bradano possono fare richiesta di concessione di

ASSEGNO DI CURA

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DELL'ASSEGNO DI CURA

L'assegno di cura è un intervento sperimentale mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona non autosufficiente, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

L'assegno di cura viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente (Assegno di tipo A);
- rivolti alla famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Assegno di tipo B);
- a sostegno del progetto di vita indipendente della persona non autosufficiente, perché provveda direttamente ad acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da familiari o da altri (Assegno di tipo C).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.D. n. 13A2.2016/D.00296 del 13/07/2016, le persone non autosufficienti e le famiglie che assicurano ai propri familiari non autosufficienti la necessaria assistenza al domicilio, che siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi dalla data di approvazione della detta D.D., in possesso dei seguenti requisiti:

1. condizione di non autosufficienza valutata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio di A.D.I. e comprovata dalle competenti commissioni mediche per l'accertamento dello stato di invalidità di cui alla Legge n. 18 del 11/02/1980 così come riportato ai punti 5, 6 e 12 del verbale di Commissione Medica;
2. condizione economica del nucleo familiare della persona non autosufficiente rilevata dalla certificazione I.S.E.E 2016 (redditi 2014), non superiore ai € 10.635,30.

Per essere destinataria dell'assegno di cura di tipo A, la famiglia deve essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona non autosufficiente, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

3. ENTITÀ DELL'ASSEGNO

L'importo mensile dell'assegno di cura, che integra l'indennità di accompagnamento, di tipo B e di quello di tipo C è di € 300,00. Tale importo è ridotto del 20% nel caso dell'assegno di tipo A.

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di Assegno di Cura, il cui modello è presente negli allegati A, B e C del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale www.basilicatanet.it e sul sito assegnodicura.regione.basilica.it, o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, risultante dalla compilazione del formulario elettronico, devono essere consegnate a mano al Comune di attuale residenza della persona non autosufficiente **entro e non oltre il termine di 30 giorni** dalla pubblicazione all'albo Comunale del presente Avviso (**05/09/2016**). Farà fede il timbro a data del Comune di residenza accettante.

La domanda non sarà accettata se:

- _ non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- _ risulterà stampata in versione bozza;
- _ risulterà modificata e/o integrata a mano.

Al momento della consegna, il Comune rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda su cui sarà apposto data e timbro di accettazione.

La domanda deve essere presentata:

- _ dalla persona interessata, che, in caso di impedimento, può essere supportata dall'azione dell'Assistente Sociale comunale;
- _ da un familiare della persona interessata.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di assegno.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- _ 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. 2016 (redditi 2014) del nucleo familiare della persona non autosufficiente attestante il valore non superiore a € 10.635,30;
- _ autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.D n. 13A2.2016/D.00296 del 13/07/2016;
- _ autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari o di altre persone (Assegno di tipo B o di tipo C);
- _ dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari o da altre persone e richieda l'assegno di tipo B o di tipo C).

5. DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA COMUNALE DEI POTENZIALI BENEFICIARI

Il Comune riceve le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila la graduatoria dei potenziali beneficiari, mediante apposita istruttoria affidata agli uffici comunali competenti, entro 30 giorni dalla scadenza dell'Avviso Pubblico sulla base dei criteri di seguito definiti.

Ai fini della compilazione della graduatoria dei potenziali beneficiari le fasce di reddito, riferite al calcolo I.S.E.E. 2016 (redditi 2014) del nucleo familiare della persona non autosufficiente, sono come di seguito definite insieme ai relativi punteggi.

Fasce reddito familiare(ISEE)	Punteggio
Fino a € 5.317,65	3
da € 5.317,66 a € 7.976,47	2
da € 7.976,48 a € 10.635,30	1

In caso di parità di punteggio viene data priorità in ordine di importanza:

1. alle persone sole che intendono avvalersi, a titolo oneroso, di assistenti familiari;
2. alle persone la cui famiglia intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari;
3. alle persone più anziane.

La validità della graduatoria comunale dei potenziali beneficiari e dell'elenco dei nuovi beneficiari, corrisponde ai termini della proroga di cui alla DGR n. 287/2016 e può essere estesa a successivi periodi nell'eventualità di ulteriori proroghe.

6. INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI

In relazione al numero degli assegni erogabili, sulla base delle risorse finanziarie disponibili, il Comune invia all'Ufficio Sociale del Comune capofila competente di Ambito Sociale di Zona un numero doppio di fascicoli relativi alle domande di cittadini utilmente collocati in graduatoria per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio A.D.I. dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, integrata dall'Assistente Sociale del Comune interessato.

L'UVM, entro 45 giorni dalla data di trasmissione dei fascicoli, redige un verbale in cui individua l'elenco dei beneficiari sulla base dei criteri e le modalità indicati all'ultimo paragrafo del presente punto.

Sulla base del verbale dell'UVM il Comune, con determina del Dirigente responsabile del procedimento, procede, nei 15 giorni successivi, all'approvazione e alla pubblicazione all'Albo comunale dell'elenco dei beneficiari dell'assegno di cura.

Avverso l'esclusione è ammesso ricorso amministrativo, **entro 30 giorni** dalla pubblicazione dell'elenco dei beneficiari all'albo comunale, da indirizzare al Comune presso il quale è stata presentata la domanda e, per conoscenza, alla **Regione Basilicata - Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale - Ufficio "Ufficio Promozione Cittadinanza Solidale ed Economia Sociale, Sviluppo Servizi Sociali e Sociosanitari" - Via Vincenzo Verrastro, 9 - 85100 Potenza.**

L'eventuale sostituzione dei beneficiari, in relazione al numero degli assegni erogabili, avverrà attraverso un nuovo processo di valutazione da parte dell'UVM che riguarderà un numero doppio di nominativi inseriti utilmente nella graduatoria comunale.

L'UVM, attivata secondo le procedure sopra descritte, individua i beneficiari dell'assegno di cura utilizzando i criteri e le modalità definite nelle DD.GG.RR. n. 1655 del 30/07/2001 "Approvazione delle linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" e n. 862 del 10/06/2008 "D.G.R. n. 1655 del 30.07.2001 - Approvazione delle nuove linee-guida per l'erogazione del Servizio di Cure Domiciliari nella Regione Basilicata".

Anche i beneficiari che percepiscono il contributo durante i 30 giorni di riapertura degli avvisi dovranno presentare la domanda al fine di permettere la formazione della nuova graduatoria comunale dei potenziali beneficiari. Gli attuali beneficiari continueranno a percepire il contributo fino al mese di pubblicazione dell'elenco definitivo dei nuovi beneficiari, dato che, secondo la tempistica prevista i tempi per la individuazione dei nuovi beneficiari coincidono con la scadenza della proroga del programma deliberata dalla G.R. con DGR n. 287/2016.

7. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione dell'Assegno di Cura per la durata del ricovero stesso.

Il diritto al contributo cessa:

- _ con l'inserimento definitivo in struttura residenziale;
- _ con il trasferimento al di fuori del territorio regionale;
- _ con il decesso,;
- _ con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- _ con la richiesta di rinuncia da parte del beneficiario o di colui/colei che ha presentato la domanda.

Nel caso di cambio di residenza del beneficiario all'interno del territorio regionale, lo stesso rimane inserito nell'elenco del Comune che ha originariamente concesso l'assegno di cura.

Sono applicabili all'assegno di cura anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro i 30 giorni successivi al Comune di residenza.

8. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai fini di cui all'art.18 del D.lgs. 30 giugno 2003 n° 196, si informa che l'Amministrazione Comunale e le Aziende Sanitarie Locali si impegnano a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite nelle istanze per l'accesso ai benefici. Tutti i dati acquisiti saranno trattati, anche con procedure informatiche, solo per le finalità connesse e strumentali al presente Avviso.

Grassano, li 04/08/2016

Il Responsabile del Settore Amministrativo/Demografico
Comune di Grassano
Capo fila Ambito di Zona Basento/Bradano
F.to Giovanna Cornacchia

ASSEGNO DI CURA TIPO "A"

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

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, familiare)

fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"
(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. 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 il valore dell'I.S.E.E 2016 (redditi 2014) 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. 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)
- Richiedente

con la seguente modalità:

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

3. 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 alle assistenti familiari (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. 2016 (redditi 2014) 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;
- _ autocertificazione di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla D.D. n. 13°2.2016/D.00296 del 13/07/2016, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);
- _ 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)

ASSEGNO DI CURA TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

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, familiare)

fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"

(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 la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;
ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

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 il valore dell'I.S.E.E 2016 (redditi 2014) 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

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

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ____/____/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare 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 pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/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 familiare del 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)

Richiedente

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 (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. 2016 (redditi 2014) del nucleo familiare della persona non autosufficiente, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla DD. N. 13².2016/D.00296 del 13/07/2016, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Assegno di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- 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)

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 2016 (redditi 2014) 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. Il familiare/L'assistente familiare/Altra persona _____, 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. Il familiare/L'assistente familiare/Altra persona _____, 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. 2016 (redditi 2014) del nucleo familiare della persona non autosufficiente, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla D.D. n. 13^o2.2016/D.00296 del 13/07/2016, 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)