

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.3 (in caso di residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 ma domiciliati fuori dal territorio dell'ATS 3 l'assegno di cura vale solo nel caso di Comuni confinanti con il territorio dell'ATS 3);
2. di avere compiuto **65 anni di età** alla data di sottoscrizione della domanda del presente Avviso Pubblico;
3. che è stata dichiarata non autosufficiente (ed è quindi in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%) con il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento;
4. che la persona interessata non risiede in una struttura residenziale;
5. che la persona interessata non usufruisce delle prestazioni Home Care Premium (prestazioni integrative e/o prestazioni prevalenti);
oppure
 si impegna a rinunciare all'intervento Home Care Premium in caso di ammissione all'assegno di cura. Il beneficio decorrerà dal momento della stipula del Patto per l'Assistenza conseguente alla rinuncia espressa del servizio incompatibile;
6. che la persona interessata non usufruisce del SADIS;
oppure
 si impegna a rinunciare al SADIS in caso di ammissione all'assegno di cura. Il beneficio decorrerà dal momento della stipula del Patto per l'Assistenza conseguente alla rinuncia espressa del servizio incompatibile;
7. che non usufruisce di Assistenza Domiciliare indiretta rivolta ai soggetti over 65 in situazione di "particolare gravità" e agli interventi concernenti la "Disabilità Gravissima" di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016;
8. che la persona interessata usufruisce di un'adeguata assistenza presso il proprio domicilio, gestita da:
 direttamente da un familiare.
 con l'aiuto di assistente familiare privata, in possesso di regolare contratto di lavoro:

INSERIRE DATI DELL'ASSISTENTE FAMILIARE

Cognome e nome _____

nat__ a _____ (____) il _____ residente a _____ (____) CAP

_____ in via _____ n. ____

L'ASSISTENTE FAMILIARE:

- è iscritto al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento;
- non si è iscritto al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento. **In quest'ultimo caso si impegna ad effettuare l'iscrizione entro e non oltre i 12 mesi di erogazione del Bando Assegno di Cura 2025.**

Si impegna a comunicare ogni variazione che dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (es. ingresso in struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo, residenza, domicilio, cambiamento della persona di riferimento, dell'assistente familiare, variazioni modalità di riscossione, ecc.).

CONSEGNA LA PRESENTE DOMANDA E GLI ALLEGATI CON IL SEGUENTE METODO:

consegna a mano presso gli uffici dell'**Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU), previo appuntamento telefonico** al numero 0721781088.

Farà fede il timbro di accettazione dell'ufficio protocollo.

attraverso **Posta Elettronica Certificata (PEC)** dell'**Unione Montana del Catria e Nerone di Cagli** all'indirizzo cm.cagli@emarche.it

Farà fede la data di invio.

consegna a mano tramite **gli Sportelli dell'Ambito Territoriale Sociale 3**

Farà fede il timbro di accettazione dell'ufficio protocollo dell'unione Montana del Catria e Nerone

tramite gli Uffici dei Servizi Sociali dei **Comuni di Residenza** appartenenti all'Unione Montana del Catria e del Nerone - ATS 3.

Farà comunque fede la data del protocollo del Comune.

Il richiedente

Data, _____

**Informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)
Comunicazione avvio del procedimento (L. 241/90)**

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e della comunicazione di avvio del procedimento contenute all'interno dell'Avviso Pubblico approvato con Det. n. 31 del 18/03/2025.

Avviso e Allegati sono inoltre pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Unione Montana del Catria e Nerone, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo e data _____

Firma
