

**ALLEGATO B  
AL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 3**

<p><b>DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - Anno 2025 PRESENTAZIONE DOMANDE DAL 20/03/2025 al 18/04/2025</b></p>
---

\_\_\_|\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare la voce che interessa):

- persona anziana in situazione di non autosufficienza;
- familiare (specificare grado di parentela \_\_\_\_\_);
- soggetto delegato dall'anziano utilizzando apposito modello "allegato A delega presentazione domanda";
- tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

**PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA**

per me medesimo

per \_\_\_|\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ 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. 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

\_\_\_\_\_