

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

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI - Anno 2026
presentazione domande dal 13 marzo 2026 e fino al 21 aprile 2026

__l__ 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 __l__ 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 SAD o SADIS;

oppure

☐ si impegna a rinunciare al SAD o 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 2026.**

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.).

DICHIARA INOLTRE CHE LA LIQUIDAZIONE DELL'ASSEGNO, VENGA EFFETTUATA SU CONTO CORRENTE INTESTATO O COINTESTATO CON IL BENEFICIARIO:

❑ CONTO CORRENTE BANCARIO

[illegible]☐ **CONTO CORRENTE POSTALE (NO LIBRETTO POSTALE)**[illegible]

SI PRECISA CHE NON SARÀ POSSIBILE PROCEDERE CON L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO AI SOGGETTI TITOLARI DI CONTO CORRENTE POSTALE ASSOCIATO A LIBRETTO

TUTTI DOVRANNO ALLEGARE ALLA PRESENTE:

- ❑ fotocopia del documento di identità dell’anziano e del familiare. NB: i documenti dovranno essere in corso di validità;
- ❑ attestazione I.S.E.E. Ordinario– in corso di validità rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 2013, riferita al nucleo familiare in cui è presente l’anziano non autosufficiente. Qualora al momento dell’invio della domanda l’attestazione ISEE non risulti essere stata rilasciata, si potrà allegare copia di presentazione della DSU o la ricevuta di presentazione (la data di sottoscrizione non potrà essere successiva alla data di scadenza di questo Avviso);
- ❑ copia dell’ultimo verbale di invalidità civile con riconoscimento definitivo (non revisionabile) dell’indennità di accompagnamento (non sono ammesse a contributo le persone che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento). Se il verbale di invalidità civile non contiene il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento occorre produrre idonea documentazione attestante tale riconoscimento (es. copia del provvedimento del giudice di riconoscimento dell’indennità suddetta oppure copia di successiva comunicazione INPS da cui si evince il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento).
- ❑ Fotocopia codice IBAN intestato all’anziano beneficiario del contributo o cointestato con lo stesso.

SOLO PER IL SOGGETTO DELEGATO DALL'ANZIANO (NON FAMILIARE):

- ❑ Allegato C “Modello delega alla presentazione della domanda”.

SOLO PER CHI HA UN'ASSISTENTE FAMILIARE

- ❑ documento di identità dell'assistente familiare;
- ❑ copia del regolare contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare/colf;

È consapevole che la documentazione allegata alla presente domanda e le dichiarazioni rilasciate potranno essere sottoposte a verifiche e controlli ai sensi della vigente normativa e che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

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 apposto dall'incaricato al ricevimento che provvederà a rilasciarne copia fotostatica al soggetto richiedente;

☐ 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 apposto dall'incaricato al ricevimento che provvederà a rilasciarne copia fotostatica al soggetto richiedente

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. 23 del 06/03/2026.

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
