

**ALLEGATO A1**

**All'Ambito Territoriale Sociale 21  
Comune S. Benedetto del Tronto  
Viale De Gasperi, 124  
63074 San Benedetto del Tronto**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI  
- Fondo Nazionale per le non autosufficienze annualità 2024 -  
(DGR 1496/2023 – DGR 848/2024)**

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a .....(.....) il .....  
residente a.....(.....) CAP .....via .....n.....  
Codice Fiscale..... Tel.....  
Indirizzo Mail o Pec obbligatorio .....

**( Qualsiasi comunicazione sarà inviata esclusivamente via mail o Pec agli indirizzi sopra riportati )**

domiciliato a.....(.....) CAP .....  
via .....n..... Tel.....  
*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

in qualità di:

persona anziana in situazione di non autosufficienza

In tal caso è obbligatorio specificare il nominativo e il numero di telefono del familiare di riferimento:

Nominativo.....

Grado di parentela ..... Tel.....

familiare (entro il 4° grado e affine entro il 2°) che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non convivente

soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (specificare se tutore, curatore o amministratore di sostegno).....

**PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA**

per se stesso;

per il/la sig./sig.ra ..... , persona anziana non autosufficiente,  
nato/a a .....(.....) il .....

residente a.....(.....) CAP ..... via .....n.....  
Codice Fiscale ..... Tel.....

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a.....(.....) CAP .....  
via .....n..... Tel.....

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA che il sottoscritto/la persona non autosufficiente:**

1.  Ha compiuto il 65° anno di età       Compirà 65 anni di età entro la data di scadenza dell'avviso pubblico;

2. È stata dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalida al 100% (vale la certificazione d'invalidità anche per il caso di cecità) ed ha ricevuto il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento oppure è titolare

dell'assegno per l'assistenza personale e continuativa erogato dall'INAIL, se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di Accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura;

3. Usufruisce di adeguata assistenza presso il proprio domicilio o altro domicilio privato mediante:

L'intervento di familiari

Nominativo	Legame con anziano: figlio, nipote, fratello, etc.	Specificare se convivente o non convivente	Tipologia di assistenza fornita (quotidiana, nel fine settimana, etc.)

L'intervento di un Assistente familiare, direttamente incaricata dai familiari o dal potenziale beneficiario, in possesso di regolare contratto di lavoro che provvederà all'iscrizione all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari gestito presso il Centro per l'impiego, l'Orientamento e la Formazione entro dodici mesi dalla concessione del beneficio:

- nome e cognome.....

- tipo di assistenza fornita (specificare se convivente o non, le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale)

.....  
 .....  
 .....

L'intervento di un assistente familiare fornita da un ente privato, anche in caso di prestazioni occasionali (specificare le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale e l'ente privato che eroga il servizio)

.....  
 .....  
 .....

5. Ha già beneficiato in precedenza dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti:  SI  NO

6. Non è ricoverato in una struttura residenziale di cui alle ex L.R. 20/2002 e ex L.R. 20/2000 (es. Residenza protetta, RSA, Casa di Riposo);

7. E' consapevole che l'Assegno di cura è alternativo al SAD Anziani, all'intervento Home Care Premium dell'INPS, all'intervento Disabilità gravissima e al progetto Vita Indipendente, pertanto dichiara di:

non di usufruire di alcun intervento/servizio

di usufruire o di aver richiesto il seguente intervento/servizio .....

.....;

8. Ha come Medico di medicina generale il/la Dott./Dott.ssa.....;

9. Che l'attestazione **I.S.E.E. ORDINARIO 2025 dell'aspirante beneficiario, calcolato sul nucleo familiare anagrafico**, ammonta a € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, come dalla dichiarazione sostitutiva unica rilasciata in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ dal CAF \_\_\_\_\_, scadenza \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**(qualora il richiedente, al momento della presentazione della domanda, non fosse in possesso dell'attestazione I.S.E.E. dovrà allegare la ricevuta attestante la presentazione della DSU):**

10. Dichiaro di aver preso visione dell'Avviso pubblico "DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - Fondo Nazionale per le non autosufficienze annualità 2024 - e si impegna a comunicare ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (l'ingresso permanente in una struttura residenziale o comunque superiore ai due mesi, il ricovero presso strutture ospedaliere o residenziali per periodi superiori ai 30 giorni, l'accesso al Sad anziani e agli altri interventi alternativi, il decesso, il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, il cambiamento della persona di riferimento, le variazioni contrattuali dell'assistente familiare, le variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, etc.).

### **Allega alla presente**

**(come riportato nell'Avviso pubblico non verranno effettuate copie dei documenti di seguito elencati, pertanto il richiedente deve essere già munito della documentazione da allegare)**

- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del richiedente e del potenziale beneficiario (se non coincidenti);
- SOLO SE NON SI E' PRESENTATA DOMANDA NEL BANDO PRECEDENTE: copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'invalidità civile pari al 100% e dell'indennità di accompagnamento (vale la certificazione di invalidità anche per il caso di cecità). In alternativa, copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura. Si specifica che nel caso l'indennità di accompagnamento sia stata riconosciuta in seguito a ricorso giurisdizionale contro il giudizio sanitario della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità, si deve allegare anche la copia del decreto di omologa del requisito sanitario predisposto dal giudice competente;
- nel caso di impiego di un'assistente familiare direttamente incaricata la copia del contratto individuale di lavoro e dell'ultimo bollettino MAV INPS. Nel caso di assistente familiare fornita da un ente privato, anche in forma occasionale, allegare la copia dell'ultimo pagamento delle prestazioni;
- ricevuta attestante la presentazione della DSU, qualora al momento della presentazione della domanda, non fosse in possesso dell'attestazione ISEE ORDINARIO 2025.

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27.APR.2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI E CHE ABROGA LA DIRETTIVA 95/46/CE (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di San Benedetto del Tronto - comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 21 - nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che i Suoi dati personali (di tipo comune, eventualmente se necessari di tipo particolare-sensibile e/o di tipo giudiziario), sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ed in particolare per adempimenti relativi all'erogazione del servizio di cui all'oggetto del modulo di richiesta ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, email: ambito21@comunesbt.it RUP Maria Simona Marconi.

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati: avv. Massimiliano Galeazzi contattabile al seguente recapito: PEC: [morolabs@legalmail.it](mailto:morolabs@legalmail.it), E mail: [dpo@morolabs.it](mailto:dpo@morolabs.it) e telefono: 0719030585.

L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore Area Comunità e presso il sito [www.comunesbt.it](http://www.comunesbt.it)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**ALLEGATO A1**

All'Ambito Territoriale Sociale 21  
Comune S. Benedetto del Tronto  
Viale De Gasperi, 124  
63074 San Benedetto del Tronto

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**  
**- Fondo Nazionale per le non autosufficienze annualità 2024 -**  
(DGR 1496/2023 – DGR 848/2024)

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a .....(.....) il .....  
residente a.....(.....) CAP .....via .....n.....  
Codice Fiscale..... Tel .....  
Indirizzo Mail o Pec obbligatorio .....

**( Qualsiasi comunicazione sarà inviata esclusivamente via mail o Pec agli indirizzi sopra riportati )**

domiciliato a.....(.....) CAP .....  
via .....n..... Tel.....

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

in qualità di:

persona anziana in situazione di non autosufficienza

In tal caso è obbligatorio specificare il nominativo e il numero di telefono del familiare di riferimento:

Nominativo.....

Grado di parentela ..... Tel .....

familiare (entro il 4° grado e affine entro il 2°) che accoglie l'anziano nel proprio nucleo o che si prende cura dello stesso anche se non convivente

soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (specificare se tutore, curatore o amministratore di sostegno).....

**PRESENTA DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA**

per se stesso;

per il/la sig./sig.ra ..... , persona anziana non autosufficiente,  
nato/a a .....(.....) il .....

residente a.....(.....) CAP ..... via .....n.....  
Codice Fiscale ..... Tel.....

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a.....(.....) CAP .....  
via .....n..... Tel.....

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA che il sottoscritto/la persona non autosufficiente:**

1.  Ha compiuto il 65° anno di età       Compirà 65 anni di età entro la data di scadenza dell'avviso pubblico;

2. È stata dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalida al 100% (vale la certificazione d'invalidità anche per il caso di cecità) ed ha ricevuto il riconoscimento definitivo dell'indennità di accompagnamento oppure è titolare

dell'assegno per l'assistenza personale e continuativa erogato dall'INAIL, se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di Accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura;

3. Usufruisce di adeguata assistenza presso il proprio domicilio o altro domicilio privato mediante:

L'intervento di familiari

Nominativo	Legame con anziano: figlio, nipote, fratello, etc.	Specificare se convivente o non convivente	Tipologia di assistenza fornita (quotidiana, nel fine settimana, etc.)

L'intervento di un Assistente familiare, direttamente incaricata dai familiari o dal potenziale beneficiario, in possesso di regolare contratto di lavoro che provvederà all'iscrizione all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari gestito presso il Centro per l'impiego, l'Orientamento e la Formazione entro dodici mesi dalla concessione del beneficio:

- nome e cognome.....

- tipo di assistenza fornita (specificare se convivente o non, le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale)

.....  
 .....  
 .....

L'intervento di un assistente familiare fornita da un ente privato, anche in caso di prestazioni occasionali (specificare le prestazioni svolte, l'intensità assistenziale e l'ente privato che eroga il servizio)

.....  
 .....  
 .....

5. Ha già beneficiato in precedenza dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti:  SI  NO

6. Non è ricoverato in una struttura residenziale di cui alle ex L.R. 20/2002 e ex L.R. 20/2000 (es. Residenza protetta, RSA, Casa di Riposo);

7. E' consapevole che l'Assegno di cura è alternativo al SAD Anziani, all'intervento Home Care Premium dell'INPS, all'intervento Disabilità gravissima e al progetto Vita Indipendente, pertanto dichiara di:

non di usufruire di alcun intervento/servizio

di usufruire o di aver richiesto il seguente intervento/servizio .....  
 .....

8. Ha come Medico di medicina generale il/la Dott./Dott.ssa.....;

9. Che l'attestazione **I.S.E.E. ORDINARIO 2025 dell'aspirante beneficiario, calcolato sul nucleo familiare anagrafico**, ammonta a € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, come dalla dichiarazione sostitutiva unica rilasciata in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ dal CAF \_\_\_\_\_, scadenza \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**(qualora il richiedente, al momento della presentazione della domanda, non fosse in possesso dell'attestazione I.S.E.E. dovrà allegare la ricevuta attestante la presentazione della DSU):**

10. Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico "DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - Fondo Nazionale per le non autosufficienze annualità 2024 - e si impegna a comunicare ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (l'ingresso permanente in una struttura residenziale o comunque superiore ai due mesi, il ricovero presso strutture ospedaliere o residenziali per periodi superiori ai 30 giorni, l'accesso al Sad anziani e agli altri interventi alternativi, il decesso, il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, il cambiamento della persona di riferimento, le variazioni contrattuali dell'assistente familiare, le variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, etc.).

### **Allega alla presente**

**(come riportato nell'Avviso pubblico non verranno effettuate copie dei documenti di seguito elencati, pertanto il richiedente deve essere già munito della documentazione da allegare)**

- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale del richiedente e del potenziale beneficiario (se non coincidenti);
- SOLO SE NON SI E' PRESENTATA DOMANDA NEL BANDO PRECEDENTE: copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'invalidità civile pari al 100% e dell'indennità di accompagnamento (vale la certificazione di invalidità anche per il caso di cecità). In alternativa, copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura. Si specifica che nel caso l'indennità di accompagnamento sia stata riconosciuta in seguito a ricorso giurisdizionale contro il giudizio sanitario della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità, si deve allegare anche la copia del decreto di omologa del requisito sanitario predisposto dal giudice competente;
- nel caso di impiego di un'assistente familiare direttamente incaricata la copia del contratto individuale di lavoro e dell'ultimo bollettino MAV INPS. Nel caso di assistente familiare fornita da un ente privato, anche in forma occasionale, allegare la copia dell'ultimo pagamento delle prestazioni;
- ricevuta attestante la presentazione della DSU, qualora al momento della presentazione della domanda, non fosse in possesso dell'attestazione ISEE ORDINARIO 2025.

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27.APR.2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI E CHE ABROGA LA DIRETTIVA 95/46/CE (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di San Benedetto del Tronto - comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 21 - nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che i Suoi dati personali (di tipo comune, eventualmente se necessari di tipo particolare-sensibile e/o di tipo giudiziario), sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ed in particolare per adempimenti relativi all'erogazione del servizio di cui all'oggetto del modulo di richiesta ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l'accesso al servizio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, email: ambito21@comunesbt.it RUP Maria Simona Marconi.

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati: avv. Massimiliano Galeazzi contattabile al seguente recapito: PEC: [morolabs@legalmail.it](mailto:morolabs@legalmail.it), E mail: [dpo@morolabs.it](mailto:dpo@morolabs.it) e telefono: 0719030585.

L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore Area Comunità e presso il sito [www.comunesbt.it](http://www.comunesbt.it)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

