

AL SINDACO DEL COMUNE DI

In qualità di: *(barrare la voce che interessa)*

☐ persona anziana invalida non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento
oppure

☐ familiare (convivente o no) che attiva interventi di supporto assistenziale a favore di:

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di:

sig./sig.ra _____
(anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento)

codice fiscale *(da allegare alla presente)* _____

nato/a a _____ il _____ residente
in _____ via _____

Tel _____ E-mail _____

essere domiciliato *(ai fini della visita domiciliare)* in _____
via _____.

DI POTER PARTECIPARE ALLA PROCEDURA PER L'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNUALITA' 2026 secondo l'avviso pubblico approvato con DD RG 2457 del 24/10/2025. A tal fine, consapevole 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).

CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE, ALLA DATA DI SCADENZA DELL'AVVISO:

- ha compiuto/compirà il 65° anno di età;
- è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%;
- è titolare di indennità di accompagnamento, o dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL se rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di accompagnamento dell'INPS e alternativo alla stessa misura.
- E' residente in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIX;
- usufruisce di una adeguata assistenza presso la propria residenza o presso altro domicilio privato, gestita *(barrare la voce che interessa)*:
 - ☐ direttamente dal nucleo familiare, anche non convivente;
 - ☐ con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro *(da allegare alla presente)*.

DICHIARA ALTRESI

- di usufruire delle prestazioni del progetto Home Care Premium: (*barrare si o no*):
☐ SI (indicare il periodo _____);
☐ NO.
- di usufruire del contributo in favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016 (*barrare si o no*):
☐ SI;
☐ NO.
- Di usufruire del SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare: (*barrare si o no*):
☐ SI (indicare il periodo _____);
☐ NO.

Che l'importo dell' **ISEE Socio-Sanitario o Ordinario** (anche in modalità ristretta), in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. nr. 159/2013, e riferito al nucleo familiare dell'anziano, è pari a €_____.

DICHIARA INFINE

➤ Di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'erogazione dell'assegno di cura per l'annualità 2026 e di conoscere tutte le prescrizioni in esso contenute, in particolare:

- ✓ Di essere a conoscenza che l'inserimento in posizione utile in graduatoria non dà diritto al contributo che è subordinato a:
 - visita domiciliare da parte di Assistente Sociale che verifica la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita;
 - esito della valutazione professionale dell'Assistente Sociale;
 - conclusione di un "patto" di assistenza domiciliare, contenente gli impegni e i percorsi assistenziali a carico della famiglia, la qualità di vita da garantire alla persona assistita e le modalità di utilizzo dell'assegno di cura.
- ✓ Di essere a conoscenza che:
 - in fase di definizione del procedimento, e in particolare finché non viene verificata dall'A.S. la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza nel proprio ambiente di vita, non è acquisibile alcuna aspettativa circa l'erogazione del contributo. Pertanto qualora si verifichi il decesso del richiedente o l'inserimento permanente dello stesso in una struttura residenziale (ai sensi della L.R. 21/2016), prima del termine dell'istruttoria e della stipula del patto di assistenza domiciliare la presente domanda decade automaticamente e si procede allo scorrimento della graduatoria;
- ✓ Di essere a conoscenza che:
 - qualora l'anziano abbia usufruito del servizio SAD, dell'intervento *Home Care Premium*, o dell'intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016, per tutto il periodo di coincidenza tra uno degli interventi citati e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato;
- ✓ Di essere a conoscenza che:
 - in caso di presenza di assistente familiare la/o stessa/o è tenuta/o ad iscriversi – entro 12 mesi dalla concessione del beneficio - all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari (DGR. 118 del 02/02/2009) gestito presso il Centro per l'Impiego (CPI);
- ✓ Di essere a conoscenza che la mancata formulazione del Piano Assistenziale Individualizzato e/o della sottoscrizione del Patto di assistenza domiciliare per motivi imputabili al potenziale beneficiario, entro 30 giorni dall'ammissione, comporta la decadenza della domanda.
- ✓ Di impegnarsi, in caso di accoglimento della presente istanza, a comunicare nel termine di 10 giorni e comunque ogni qual volta l'Ambito Territoriale Sociale n. XIX lo richieda, ogni variazione che dovesse

✓ Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

1. Copia di un **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** e **CODICE FISCALE** del richiedente ed eventualmente dell'anziano potenziale beneficiario dell'assegno (se non coincidente con il richiedente);
2. Copia del **VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE** attestante il **possesso dell'indennità di accompagnamento**;
3. **ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO O ISEE ORDINARIO**, in corso di validità, (anche in modalità ristretta), rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, riferita al nucleo familiare in cui è presente l'anziano non autosufficiente.
4. Copia del **CONTRATTO DI LAVORO INDIVIDUALE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE** (*Nel caso in cui l'intervento assistenziale sia svolto da un Assistente Familiare*);

Il richiedente