

ASSEGNO DI CURA TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a _____ a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di _____ (**titolare, familiare**)

fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, 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. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e

consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare

non autosufficiente presso il suo domicilio;

c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che il valore dell'**I.S.E.E 2016 (redditi 2014)** del nucleo familiare della persona non autosufficiente è di € _____;

f. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

Beneficiario (non autosufficiente)

Richiedente

con la seguente modalità:

Assegno non trasferibile

Accreditamento bancario, su istituto di credito _____

cod. IBAN _____

3. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal

verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati

nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;

b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

c) il decesso;

d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

e) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

_ Annotazione estremi documento di identità _____

_ Allegata copia del documento di identità _____

IL FUNZIONARIO

(firma leggibile)

Allega:

_ certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;

_ certificazione **I.S.E.E. 2016 (redditi 2014)** del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;

_ stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla D.G.R. n.287 del 29/03/2016, accompagnato da un'autocertificazione che

attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);

_ documento di identità valido del dichiarante.

Informativa Privacy

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di

trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza e della Azienda U.S.L., cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente l'Assegno di cura, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale

beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete

sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune o dall'Azienda U.S.L., i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE), nonché quelli

indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del

progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo

per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del

contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'assegno di cura, nonché dei dati

socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data _____ Il Dichiarante

(firma leggibile)

ASSEGNO DI CURA TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di prot. n° _____

_____ del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di _____ (**titolare, familiare**)

fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, 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. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e

consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più

assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che il valore dell'**I.S.E.E 2016 (redditi 2014)** del nucleo familiare della persona non autosufficiente è di € _____;

f. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° ____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

(parte da compilare solo nel caso che la famiglia si avvalga, a titolo oneroso, di familiare o di assistente familiare o di Altra persona)

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____,

iscritto/a all'INPS con matr. _____ il __/__/__, categoria o qualifica _____, è stato/a

assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona non

autosufficiente indicata in precedenza:

- per n° ____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal __/__/__

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____,

regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede

legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale
_____ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____,

per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali

nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:

- per n° ____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

Beneficiario (non autosufficiente)

Richiedente

con la seguente modalità:

Assegno non trasferibile

Accreditamento bancario, su istituto di credito _____

cod. IBAN _____

4. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal

verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati

nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;

b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

c) il decesso;

d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

e) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Annotazione estremi documento di identità _____

Allegata copia del documento di identità _____

IL FUNZIONARIO

(firma leggibile)

Allega:

certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;

certificazione **I.S.E.E 2016 (redditi 2014)** del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e

n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;

stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla D.G.R. n.2878 del 29/03/2016, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Assegno di tipo B);

dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;

documento di identità valido del dichiarante.

Informativa Privacy

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di

trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza e della Azienda U.S.L., cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente l'Assegno di cura, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete

sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune o dall'Azienda U.S.L., i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE), nonché quelli

indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo

per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del

contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'assegno di cura, nonché dei dati

socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data _____ **Il Dichiarante**

(firma leggibile)

ASSEGNO DI CURA TIPO "C"

(supporto alla persona non autosufficiente che intende avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da familiari o da altri)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di prot. n° _____

_____ del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di _____ (**titolare, supporto istituzionale**)

fa domanda di Assegno di Cura tipo "C"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, 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. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e

consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che il beneficiario:

- intende acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da parte di familiari o di altri per sostenere il proprio progetto di vita

indipendente;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla propria persona da parte di familiari o di terzi;

c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che il valore dell' **I.S.E.E 2016 (redditi 2014)** del nucleo familiare della persona non autosufficiente è di € _____;

f. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare o a terzi

(parte da compilare solo nel caso che il beneficiario si avvalga, a titolo oneroso, di familiare o di assistente familiare o di Altra

persona)

A. Familiare o Assistente familiare o Altra persona assunto/a dal beneficiario

1. Il familiare/L'assistente familiare/Altra persona _____, codice fiscale _____,

iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/___, categoria o qualifica _____, è stato/a

assunto/a dal beneficiario con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona

non autosufficiente indicata in precedenza:

- per n° ____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/___

B. Familiare o Assistente familiare o Altra persona pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare/Altra persona _____, codice fiscale _____,

regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede

legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale

_____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____,

per il quale il beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti

della persona non autosufficiente indicata in precedenza:

- per n° ____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/___

3. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

Beneficiario (non autosufficiente)

con la seguente modalità:

Assegno non trasferibile

Accreditamento bancario, su istituto di credito _____

cod. IBAN _____

4. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal

verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati

nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;

b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

c) il decesso;

d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

e) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari o ad altre persone (licenziamento, variazione orario,

sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data __/__/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

_ Annotazione estremi documento di identità _____

_ Allegata copia del documento di identità _____

IL FUNZIONARIO

(firma leggibile)

Allega:

_ certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica Competente ai sensi

della L. 18/1980;

_ certificazione **I.S.E.E 2016 (redditi 2014)** del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e

n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;

_ stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla D.G.R. n.287 del 29/03/2016, accompagnato da un'autocertificazione che

attesti l'intenzione di avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da parte di un familiare o di altri (Assegno di tipo C);

_ dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con un familiare o uno o più assistenti familiari o un'altra persona;

_ documento di identità valido del dichiarante.

Informativa Privacy

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di

trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza e della Azienda U.S.L., cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente l'Assegno di cura, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale

beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete

sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune o dall'Azienda U.S.L., i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE), nonché quelli

indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del

progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo

per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del

contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'assegno di cura, nonché dei dati

socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data _____ Il Dichiarante

(firma leggibile)