



Addì ___ / ___ / ____

Al Comune di _____

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA – BANDO 2012

IO SOTTOSCRITTA/O (nome e cognome) _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

INOLTRO ISTANZA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA

- **PER ME STESSO** (apporre una crocetta)
- **PER IL SEGUENTE FAMILIARE** (nome e cognome) _____

tipo di parentela con il richiedente
essendo mio/mia _____ (ad es. moglie, figlio, ecc)

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ai fini della concessione dell'assegno di cura, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge in materia di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, ai sensi della Legge 15/05/97 n. 127 e successive modifiche e integrazioni,

DICHIARO

che la situazione del candidato alla percezione dell'assegno di cura è compatibile con i Criteri per l'erogazione stabiliti dal Distretto Sociale Est Milano. Nello specifico dichiaro quanto segue:

(è indispensabile compilare e apporre crocette sui riquadri □)

- ☐ La competente commissione Socio Sanitaria, il giorno ___ / ___ / ____ (data della seduta), ha accertato lo stato di invalidità al 100% con diritto all'Indennità di accompagnamento, rilasciando certificazione di cui si allega copia alla presente;



☐ L' ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) del candidato alla percezione, valido fino al giorno ___ / ___ / _____, è inferiore o uguale al valore di € 13.000; si allega copia dell'ISEE con l'impegno al rinnovo dello stesso ed alla tempestiva consegna al competente Servizio Sociale, pena la sospensione dell'erogazione;

La situazione familiare anagrafica del candidato è la seguente :

- ☐ Anziano/disabile anagraficamente solo (o con badante regolarmente assunta)
 - ☐ Anziano/disabile anagraficamente solo con presenza di familiari autosufficienti
 - ☐ Anziano/disabile anagraficamente convivente con uno o più familiari o assimilati
- (apporre una crocetta su una delle tre opzioni)

La situazione familiare di abituale convivenza del beneficiario, che può coincidere o non coincidere con la situazione anagrafica, è la seguente :

cognome nome	luogo e data di nascita	parentela	Elementi di fragilità sociale***

- ☐ **coincide con quella anagrafica;**
- ☐ **c/o famiglia di parenti** residenti in Via _____ n° _____ Comune _____
- ☐ **con presenza di parenti o assimilati presso la propria residenza**, ai fini dell'assistenza, (fatta esclusione per badanti regolari)

*****pertanto dichiaro che la situazione di abituale convivenza è ascrivibile nelle seguenti tipologie** (apporre crocetta sulle tutte voci che riguardano la situazione)

- ☐ anziano/disabile con un familiare permanentemente ricoverato in struttura residenziale (solo se parente di primo grado)
- ☐ anziano/disabile che convive con soggetti ultrasessantacinquenni (non ricoverati)
- ☐ anziano/disabile che convive con soggetti seguiti in modo continuativo da servizi specialistici (oncologici, dializzati, sert, cps, noa, fisioterapia)
- ☐ anziano/disabile che convive con soggetti minorenni
- ☐ anziano/disabile che convive con 1 familiare con riconosciuta invalidità
- ☐ anziano/disabile che convive con 2 o più familiari con riconosciuta invalidità

☐ Dichiaro, inoltre, che **NON SUSSISTE RICOVERO PERMANENTE** in struttura residenziale e mi impegno sin d'ora, in caso di ricoveri futuri, a darne comunicazione tempestiva al Servizio Sociale in indirizzo, consapevole che, in caso di ricovero permanente, l'erogazione dell'assegno di cura verrà sospesa;

☐ Mi impegno a comunicare al Servizio Sociale la decorrenza di qualsiasi altra forma di ricovero, ospedaliero/riabilitativo/di sollievo alla famiglia, consapevole che, in caso di durata superiore ai 90 giorni, avrà luogo la sospensione dell'assegno di cura, fino al rientro al domicilio;

☐ In qualità di richiedente, mi impegno a segnalare tempestivamente al Servizio Sociale Professionale qualsiasi variazione delle dichiarazioni rese che riguardino eventuali modificazioni della situazione familiare e/o della situazione economica del beneficiario e/o della situazione socio sanitaria;



- ☐ Al fine dell'attribuzione del punteggio, relativo al livello di autonomia del candidato, accetto che il Servizio Sociale Professionale effettui presso l'abituale dimora del candidato (domicilio) una visita domiciliare.

Dichiaro che il "progetto di cura individualizzato" per cui viene richiesta l'erogazione dell'assegno di cura e' già attivo e riguarda: (apporre una crocetta su una delle seguenti opzioni)

► **l'assunzione di assistenti familiari:**

Ore settimanali riportate sul contratto allegato (apporre una crocetta)	Da 5 a 10	Da 11 a 20	Da 21 a 30	Da 31 a 40	Da 41 a 50	Oltre alle 50

- Non saranno considerati contratti con meno di 5 ore settimanali.
- Nel nucleo familiare convive altro potenziale beneficiario, le ore di prestazione dell'assistente familiare saranno considerate al 50% per ciascun richiedente.

► **l'inserimento in centri diurni integrati a carico del cittadino:**

Frequenza settimanale: quanti gg a settimana (apporre una crocetta)	Da 1 a 3 giorni settimanali	Da 4 a 5 giorni settimanali

► **l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare da privati**

Spesa mensile come da ultima fattura allegata (apporre una crocetta)	da € 100 a € 200 mensili	Da € 201 mensili € 300	Oltre € 301

☐ Dichiaro altresì che tale progetto non è finanziato da altri interventi finanziati da provvidenze quali (ad esempio) i contributi ex L.162/98 o i contributi per la regolarizzazione delle assistenti familiari, quote di contribuzione da parte dei servizi comunali.

☐ Accetto che le Assistenti sociali Comunali, nel corso della visita domiciliare, verifichino il progetto di cura in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto alla permanenza in graduatoria.

In caso di accoglimento dell'istanza, scelgo la seguente modalità di accreditamento dei benefici economici (apporre una crocetta):

☐ **BONIFICO BANCARIO**

☐ **BONIFICO POSTALE**

indicare di seguito il codice IBAN (composto di 27 cifre tra lettere e numeri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato al beneficiario (obbligatorio) e alle ulteriori seguenti persone:

nome e cognome	Codice fiscale	Comune residenza

oppure (segue)



- ☐ **CONTANTE CON RITIRO DA PARTE DEL BENEFICIARIO**
(il beneficiario riceverà per posta la comunicazione dell'avvenuta liquidazione dell'assegno e si dovrà recare in banca a Pioltello per il ritiro)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ☐ **CONTANTE CON QUIETANZA INTESTATA A _____**
(indicare la persona che si recherà in Banca a ritirare l'assegno):

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(firma del richiedente)

ELENCO ALLEGATI OBBLIGATORI (APPORRE CROCETTA)

- ☐ VERBALE INVALIDITA' DEL RICHIEDENTE
- ☐ ATTESTAZIONE I.S.E.E. IN CORSO DI VALIDITA'
- ☐ CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI CURA
 - PER ASSUNZIONE ASSISTENTI FAMILIARI ☐ CONTRATTO
 - PER FREQUENZA CENTRO DIURNO INTEGRATO ☐ ULTIMA BUSTA PAGA
 - PER ASSISTENZA DOMICILIARE PRIVATA ☐ FATTURA ULTIMO MESE
 - ☐ FATTURA ULTIMO MESE

ELENCO ALTRI ALLEGATI (APPORRE CROCETTA)

- ☐ VERBALE DI RICONOSCIMENTO "GRAVITA' DELL'HANDICAP" AI SENSI L.104/92
- ☐ VERBALE DI INVALIDITA' DI FAMILIARI CONVIVENTI

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. N. 196/2003 (TUTELA DATI PERSONALI)

Il Comune di Pioltello, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati raccolti ineriscono strettamente e soltanto allo svolgimento della procedura in corso, fino alla redazione dell'atto finale, e vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'effettuazione della prestazione richiesta, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamentari. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento disciplinanti l'accesso o l'erogazione della prestazione richiesta. I dati da Lei forniti vengono trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da Lei forniti potranno essere utilizzati al fine della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal d.p.r. 445/2000. Il conferimento dei dati ha natura facoltativa e si configura più esattamente come onere, nel senso che per poter dare seguito all'istanza da Lei formulata e/o ottenere la prestazione richiesta, deve rendere le dichiarazioni richieste da questa Amministrazione; la conseguenza di un eventuale rifiuto di rispondere consiste nella preclusione di dare seguito alla Sua istanza e/o alla prestazione richiesta. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno dell'Amministrazione implicato nel procedimento; i soggetti esterni di diritto coinvolti nel procedimento instaurato; ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi della L.241/1990. Le ricordiamo che in qualità di interessato Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'articolo 7 del codice privacy, cui si rinvia. Il responsabile della raccolta dei dati è la responsabile dei Servizi sociali.

NOTA BENE:

CONSEGNARE LA PRESENTE ISTANZA, CORREDATA DEI NECESSARI ALLEGATI, AL PROTOCOLLO DEL COMUNE DI RESIDENZA ENTRO I TERMINI DI APERTURA DEL BANDO **(DAL 20 SETTEMBRE 2012 AL 22 OTTOBRE 2012)**. LE DOMANDE PRESENTATE A MEZZO POSTA DOVRANNO ESSERE INViate TRAMITE RACCOMANDATA CON RICEVUTA DI RITORNO. IN QUESTO CASO FARÀ FEDE LA DATA DEL TIMBRO POSTALE.