Addì __ / __ / _____

Al Comune di _____

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA – BANDO 2011

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 € 12.000; 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 ma domiciliato/ospitato c/o familiari o con familiari presenti per l'assistenza (che devono essere domiciliati o vicini di casa)
 Anziano/disabile anagraficamente convivente con uno o più familiari o assimilati autosufficienti

(apporre una crocetta su una delle tre opzioni)

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

cognome nome	luogo nascita	data nascita	parentela

 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 ultrasettantacinquenni (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 familare con riconosciuta invalidità
 anziano/disabile che convive con 2 o più familari 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 un'assistente familiare oltre le 35 ore settimanali
	l'assunzione di un'assistente familiare fino a 35 ore settimanali
	per frequenza a tempo pieno in struttura semi residenziale a carico del candidato (ad esclusione dei ricoveri di sollievo e/o riabilitativi)
	per assunzione di un'assistente familiare fino a 25 ore settimanali
	per frequenza a tempo parziale in struttura semi residenziale a carico del candidato (ad esclusione dei ricoveri di sollievo e/o riabilitativi)
	per attivazione assistenza domiciliare privata (non comunale)
	presenza di care giver a tempo pieno (non lavoratore) nome►
	presenza di care giver a tempo parziale nome►
	altro specificare

☐ 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 ogni tre mesi in banca 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 (APPORRE CROCETTA)
- ☐ **VERBALE INVALIDITA' DEL RICHIEDENTE (OBBLIGATORIO)**
- ☐ **ATTESTAZIONE I.S.E.E. IN CORSO DI VALIDITA' (OBBLIGATORIO)**
- ☐ VERBALE DI RICONOSCIMENTO "GRAVITA' DELL'HANDICAP" AI SENSI L.104/92
- ☐ VERBALE DI INVALIDITA' DI FAMILIARI CONVIVENTI

IN RIFERIMENTO AL PROGETTO DI CURA ALLEGO (APPORRE CROCETTA):
- ☐ COPIA CONTRATTO DI LAVORO ASSISTENTE FAMILIARE
- ☐ COPIA ULTMA RICECVUTA DI PAGAMENTO DI PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI PRIVATE PER LA CURA E IL MANTENIMENTO AL DOMICILIO DEL CANDIDATO

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 10 GIUGNO 2011 AL 11 LUGLIO 2011).** 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.