



Addi \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Prot. \_\_\_\_\_

Al Comune di \_\_\_\_\_

**ISTANZA PER LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA  
PER ANZIANI E DISABILI – ANNO 2010**

**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 (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:

\* 1 \*



- La competente commissione Socio Sanitaria, il giorno \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (data della seduta), ha accertato lo stato di invalidità al 100% (apporre una crocetta):

- con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore;
- con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti della vita quotidiana;
- cieco assoluto.

- L' **ISEE** (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) del candidato alla percezione, valido fino al giorno \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ , è inferiore o uguale al valore di € 12.000 (allego copia dell'ISEE impegnandomi al rinnovo dello stesso ed alla tempestiva consegna al competente Servizio Sociale, pena la sospensione dell'erogazione);

- La composizione del **NUCLEO FAMILIARE** anagrafico del candidato è la seguente :

- Anziano/disabile solo
- Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità superiore a 2/3 (allegare certificazione)
- Anziano/disabile con familiare con riconosciuta invalidità inferiore a 2/3 (allegare certificazione)
- Anziano/disabile con un solo familiare o assimilato autosufficiente
- Anziano/disabile con più familiari o assimilati autosufficienti

Allego, come previsto dai criteri, copia del verbale di invalidità di altro familiare (nel caso di presenza di altri soggetti cui sia stato riconosciuto uno stato di invalidità);

Allego copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare (badante) firmato in data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ e valido fino al giorno \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ , impegnandomi a produrre copia dell'eventuale rinnovo al servizio sociale professionale;

Al fine dell'attribuzione del punteggio, relativo alle condizioni di **FRAGILITA' SOCIALE**, accetto la valutazione che il Servizio Sociale Professionale effettuerà presso l'abituale dimora del candidato (**DOMICILIO**) attraverso una visita domiciliare. Tale valutazione terrà conto della situazione di convivenza di fatto del candidato.

### **INOLTRE:**

- Dichiaro 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 di agevolare il lavoro del Servizio Sociale Professionale rendo noti, previo Loro consenso, i nominativi e i riferimenti di tutti i familiari del candidato entro il primo grado di parentela (coniugi, genitori, figli e, in assenza di questi, eventuali nipoti):

nome e cognome \_\_\_\_\_ tipo di parentela \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

nome e cognome \_\_\_\_\_ tipo di parentela \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

nome e cognome \_\_\_\_\_ tipo di parentela \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

\* 2 \*





---

(firma del richiedente)

ELENCO ALLEGATI:

- VERBALE INVALIDITA' DEL RICHIEDENTE (OBBLIGATORIO)**
- ATTESTAZIONE I.S.E.E. IN CORSO DI VALIDITA' (OBBLIGATORIO)**
- STATO DI FAMIGLIA ANAGRAFICO (OBBLIGATORIO)**
- VERBALE DI RICONOSCIMENTO "GRAVITA' DELL'HANDICAP" DEL RICHIEDENTE**
- VERBALE DI INVALIDITA' DI FAMILIARI CONVIVENTI**
- COPIA CONTRATTO DI LAVORO ASSISTENTE FAMILIARE**

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 1 APRILE 2010 AL 30 APRILE 2010).**

**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.**

**\* 4 \***