



AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA D'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009)

Sono destinatarie dell'assegno di cura le famiglie che nel territorio dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.5 (ATS 5), svolgono interventi di supporto assistenziale in favore di anziani non autosufficienti, sia direttamente sia con l'aiuto di assistenti private in possesso di regolare contratto di lavoro. L'intervento è finalizzato a sostenere le persone nella scelta di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita e di affetti.

L'Assegno di Cura permette:

- facilità e semplicità di accesso per i cittadini;
- trasparenza nei criteri di determinazione del diritto all'assegno di cura;
- equità delle modalità di valutazione e tempestività nelle risposte.

L'Assegno di Cura fa parte del sistema integrato di interventi e di servizi sanitari, sociali che assicurano il rafforzamento della domiciliarità quale settore privilegiato delle politiche di welfare.

Gli interessati potranno reperire i modelli di domanda e richiedere informazioni presso:

- Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito Sociale
- Comunità Montana Montefeltro Carpegna, Servizio Servizi Sociali – Tel. 0722.727003
- Distretto Sanitario di Macerata Feltria tel. 0722 - 730212
- Sul sito:
www.cm-carpegna.ps.it

COS'È

?: _____

È un contributo economico di durata annuale, destinato alle persone anziane non autosufficienti che vivono a casa propria o presso altro domicilio.

A COSA SERVE?

A sostenere la famiglia nel proprio carico di cura della persona non autosufficiente. Può essere presentata domanda per un solo soggetto residente o domiciliato presso il nucleo familiare. L'intervento non è cumulabile con il servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).

QUALI SONO I REQUISITI DI ACCESSO?

I requisiti fondamentali sono:

- Il richiedente (famiglia che presta assistenza a soggetto convivente o soggetto singolo con assistente familiare privato) deve essere residente in uno dei Comuni dell'ATS n5.
- Il soggetto non autosufficiente deve aver compiuto 65 anni alla scadenza del presente avviso.
- La persona sia dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisca di indennità di accompagnamento. La domanda di contributo può essere presentata anche se l'istanza di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento è stata presentata almeno 2 mesi prima della scadenza del presente avviso, ed è in corso di valutazione. Per l'inserimento in graduatoria l'esito positivo deve essere comunicato entro 30 giorni dalla scadenza del bando.
- l'indicatore corrente della situazione economica equivalente (ISEE) (*periodo d'imposta 2008*) non deve essere superiore a:
 1. € 11.000,00 se l'anziano non autosufficiente vive solo.
 2. € 25.000,00 se l'anziano non autosufficiente è residente presso il nucleo familiare.
- Sono in atto interventi assistenziali gestiti direttamente dalla famiglia del soggetto o da assistenti domiciliari privati.

COME E QUANDO FARE DOMANDA?

La domanda deve essere presentata, utilizzando l'allegato schema, entro il **10 NOVEMBRE 2009**.

COME VIENE REDATTA LA GRADUATORIA?

Viene formulata una graduatoria d'Ambito di durata annuale, in base all'ISEE risultante dalle domande pervenute. A parità di ISEE verrà data priorità ai soggetti in situazione di maggior carico assistenziale, risultante dalla valutazione socio sanitaria. L'inserimento in graduatoria non dà immediato diritto al contributo.

QUAL'È L'ENTITÀ DELL'ASSEGNO DI CURA?

L'entità dell'assegno di cura è di € 200,00 mensili. L'assegno sarà erogato di norma con cadenza trimestrale, previa sottoscrizione di un "patto" di assistenza domiciliare che individua i rispettivi impegni tra le parti a garanzia della realizzazione degli interventi assistenziali previsti nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) redatto a seguito di valutazione socio sanitaria.

QUANDO PUO' ESSERE SOSPESO?

In caso di inserimento permanente in struttura residenziale, col venir meno delle condizioni previste dal "patto" sottoscritto, col venir meno delle condizioni di accesso al contributo

Timbro di arrivo al protocollo dell'Ente

ALL'ENTE CAPOFILIA DELL'ATS N.5
Comunità Montana del Montefeltro
Via Amaducci n.34
61021 Carpegna PU

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2009**

(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____ in via _____
n. _____, telefono _____

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
 familiare convivente con l'anziano
 tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di Assegno di Cura

per il/lsig./sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____ in via _____
n. _____, telefono _____

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a _____ (____) CAP _____ in via _____
n. _____, telefono _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS n.5
2. Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura, è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.

In alternativa : La domanda di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento è stata presentata in data _____ ed è in corso di valutazione. In tal caso si impegna a presentare la documentazione definitiva comprovante l'assegnazione dell'indennità entro 30 gg dalla scadenza dell'avviso pubblico.

3. che la situazione economica, calcolata sull'ISEE corrente (*periodo d'imposta 2008*) è di € _____ (*max € 11.000,00 in caso di anziano non autosufficiente solo, € 25.000,00 in caso di anziano non autosufficiente residente presso il nucleo familiare*).

4. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente dalla famiglia del soggetto convivente

indicare la persona di riferimento: Signor/a _____

codice fiscale _____ nato/a a _____ (____)

il _____ residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____, telefono _____

da assistenti domiciliari privati.

Indicare le generalità dell'Assistente familiare: Signor/a _____

codice fiscale _____ nato/a a _____ (____)

il _____ residente a _____ CAP _____

via _____ n. _____, telefono _____

5. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dott. _____

6. Che il soggetto non autosufficiente:

non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio.

1. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richiama, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (*es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell'assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc*)

2. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

In caso di ammissione a beneficio, il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

Beneficiario (non autosufficiente)

Richiedente

oppure a: Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____ via _____, n.

_____, telefono _____

mediante:

- Conto Corrente postale IBAN _____
- Conto Corrente bancario IBAN _____
- Assegno circolare non trasferibile
- Rimessa diretta (presso qualsiasi filiale di Banca Marche)

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – periodo d'imposta anno 2008;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia del verbale di invalidità civile
- Copia del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della domanda presentata (se la valutazione è in corso).

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso la Comunità Montana, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, ASUR Marche ZT. di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/ Comunità Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all'ATS n. 5 del contributo regionale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, preso visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data _____

IL DICHIARANTE
