Comune di Falerone (FM) - Prot. n. 0012383 del 12-02-2026 - Arrivo Cat. 7 Cl. 15

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
ANNUALITA' 2027

AL SINDACO DEL COMUNE DI

_____

Il sottoscritto/a _____ Codice Fiscale (*da allegare)*_____

nato/a a _____il_____residente

in_____via_____

Tel_____ E-mail_____

quale: *(barrare la voce che interessa)*

☐ persona anziana invalida non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento

oppure

☐ familiare (convivente o no) che attiva interventi di supporto assistenziale a favore di:

☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno di:

sig./sig.ra _____
(anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente in possesso di indennità di accompagnamento)

codice fiscale (*da allegare alla presente)* _____

nato/a a _____ *il* _____ *residente*

*in*_____*via*_____

*Tel*_____ *E-mail*_____

*essere domiciliato (ai fini della visita domiciliare) in*_____

*via*_____.

CHIEDE

L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA PER L'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ANNUALITA' 2027 *secondo l'avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n.763 del 18/11/2026, R.G. 2732*. A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000),

Comune di Falerone (FM) Prot. n. 0012383 del 12-02-2026 Arrivo Cat. 7 Cl. 15

DICHIARA

CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE, ALLA DATA DI SCADENZA DELL'AVVISO:

- ha compiuto/compirà il 65° anno di età;
- è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%;
- è titolare di indennità di accompagnamento, o dell'assegno per l'assistenza personale continuativa erogato dall'INAIL.

N.B. Verificare, se il verbale di riconoscimento dell'invalidità al 100% indica un termine di revisione, che tale termine sia successivo alla data di scadenza del pubblico avviso; in caso contrario andrà prodotta in allegato a questa domanda adeguata documentazione relativa al mantenimento della titolarità dell'indennità di accompagno prima dell'approvazione della graduatoria definitiva.

- E' residente in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIX
- usufruisce di una adeguata assistenza presso la propria residenza o presso altro domicilio privato, gestita *(barrare la voce che interessa)*:
  - ◯ direttamente dal nucleo familiare, anche non convivente;
  - ◯ con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro (*da allegare alla presente*).
- usufruisce delle prestazioni del progetto Home Care Premium: *(barrare la voce che interessa)*:
  - ◯ SI (indicare il periodo _____);
  - ◯ NO.
- usufruisce o ha usufruito del contributo in favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016:
  - ◯ SI;
  - ◯ NO.
- usufruisce del SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare: *(barrare la voce che interessa)*:
  - ◯ SI (indicare il periodo _____);
  - ◯ NO.

DICHIARA

Che l'importo dell' **ISEE Socio-Sanitario**, in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, e riferito al nucleo familiare dell'anziano, è pari a €_____come dal computo del C.A.A.F. _____ di _____in data _____.

N.B. la presente dichiarazione potrà essere sottoposta a verifiche e controlli da parte del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

DICHIARA

➢ Di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'erogazione dell'assegno di cura per l'annualità 2025 e di conoscere tutte le prescrizioni in esso contenute, in particolare:

- ✓ Di essere a conoscenza che l'inserimento in posizione utile in graduatoria non dà diritto al contributo che è subordinato a:

- visita domiciliare da parte di Assistente Sociale che verifica la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita;

Comune di Falerone (FM) 0012383 25-11-2025 Partenza Cat. 7 Cl. 15

- esito della valutazione professionale dell'Assistente Sociale.
- conclusione di un "patto" di assistenza domiciliare, contenente gli impegni e i percorsi assistenziali a carico della famiglia, la qualità di vita da garantire alla persona assistita e le modalità di utilizzo dell'assegno di cura.

✓ Di essere a conoscenza che:
- qualora l'anziano abbia usufruito del servizio SAD, dell'intervento *Home Care Premium*, o dell'intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016, per il periodo di coincidenza tra uno degli interventi citati e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato;
- in caso di presenza di assistente familiare la stessa è tenuta ad iscriversi – entro 12 mesi dalla concessione del beneficio - all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari (DGR. 118 del 02/02/2009) gestito presso il Centro per l'Impiego (CPI);

✓ Di essere a conoscenza che in fase di definizione del procedimento, e in particolare finché non viene verificata dall'A.S. la presenza delle condizioni operative che consentono la permanenza nel proprio ambiente di vita, non è acquisibile alcuna aspettativa circa l'erogazione del contributo; pertanto in caso di: *decesso, inserimento permanente in struttura residenziale, accesso al servizio SAD,* accesso all'*Intervento Home Care Premium, o all'Intervento a favore di persone in condizione di disabilità gravissima ex art.3 c.2 del D.M. 26/09/2016 venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste dall'intervento*, prima del termine dell'istruttoria e della stipula del patto di assistenza domiciliare la presente domanda di assegno di cura presentata decade, e si procede allo scorrimento della graduatoria.

✓ Di essere a conoscenza che la mancata formulazione del Piano Assistenziale Individualizzato e/o della sottoscrizione del Patto di assistenza domiciliare per motivi imputabili al potenziale beneficiario, entro 30 giorni dall'ammissione, comporta la decadenza della domanda.

✓ Di impegnarsi, in caso di accoglimento della presente istanza, a **comunicare nel termine di 10 giorni e comunque ogni qual volta l'Ambito Territoriale Sociale n. XIX lo richieda, ogni variazione che 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).

✓ Di essere a conoscenza che, ai fini della riscossione del contributo, è autorizzato a riscuotere l'assegno:
- nel caso di anziano non autosufficiente capace di intendere e di volere: l'anziano stesso indicato come beneficiario,
- nel caso di anziano non autosufficiente incapace di intendere e di volere, il soggetto incaricato della tutela dell'anziano (*amministrazione di sostegno, tutore, curatore*).

N.B. In riferimento alla prima ipotesi si precisa che l'anziano dovrà essere intestatario o cointestatario di un conto corrente bancario o postale (quest'ultimo solo se NON associato ad un libretto postale con ABI 07601 e CAB 03384).

◆ Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili.

ALLEGA

1. Copia di un **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO e CODICE FISCALE** del richiedente ed eventualmente dell'anziano potenziale beneficiario dell'assegno (se non coincidente con il richiedente);
2. Copia del **VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE attestante il possesso dell'indennità di accompagno**;
3. **ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO O ISEE ORDINARIO**, in corso di validità, rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05 dicembre 2013, riferita al nucleo familiare in cui è presente l'anziano non autosufficiente.
4. Copia del **CONTRATTO DI LAVORO INDIVIDUALE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE (***Nel caso in cui l'intervento assistenziale sia svolto da un Assistente Familiare);*

Li _____

Il richiedente

_____

Comune di Falerone (FM) Prot. n. 0012383 del 07-12-2026 Arrivo Cat. 7 Cl. 15

Ufficio di Coordinamento della Rete dei Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale XIX
63900 Fermo (FM)

Tel. +39 0734 284500
www.ambitosociale19.it
ambito19@comune.fermo.it
coordinatore@pec.ambitosociale19.it

Comune di Falerone (FM) Prot. n. 0012383 del 28-11-2025 Arrivo Cat. 7 Cl. 15

Informativa. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

Titolare Trattamento	Comune di Fermo – Via Mazzini n. 4 – 63900 Fermo in qualità di ente capofila dell'ATS 19 per l'intera banca dati, i restanti Comuni dell'ATS 19 per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.
Responsabile	Coordinatore dell'ATS 19, per la banca dati di tutto l'ATS 19, e i Responsabili dei Servizi Politiche Sociali dei restanti Comuni
Responsabile della Protezione dei dati (DPO)	Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'Amministrazione Comune di Fermo è l'Avv. Nadia Corà del Gruppo Maggioli S.p.A. Indirizzo di posta elettronica presso l'Ente del RPD: dpo@comune.fermo.it. Qualsiasi richiesta in merito al trattamento dei dati personali conferiti e all'esercizio dei diritti dovrà essere indirizzata al Responsabile della Protezione dei dati (DPO)
Incaricati	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti ed i collaboratori esterni, assegnati anche temporaneamente al Comune di Fermo, ente capofila dell'ATS XIX, e ai Comuni dell'ATS XIX.
Finalità	I dati forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di erogare il contributo e adempiere agli obblighi di monitoraggio e rendicontazione degli interventi effettuati a valere sulle risorse nazionali e regionali FNA.
Modalità	Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano la raccolta, la registrazione, l'elaborazione, la comunicazione, nei limiti in cui strettamente necessario alle finalità del trattamento.
Ambito comunicazione	I dati verranno utilizzati dal Comune di Fermo, ente capofila dell'ATS XIX, e dai Comuni dell'ATS XIX. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati possono essere comunicati alla Regione Marche ed eventualmente all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo. I dati verranno comunicati all'istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi.
Natura conferimento dati	Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l'esclusione dal procedimento oggetto dell'Avviso;
Sito	www.comune.fermo.it. e www.ambitosociale19.it
Diritti	L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge.

Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8

Amministrazione competente	Comune di Fermo – ente capofila dell'ATS XIX - Via Mazzini n. 4 – 63900 Fermo per la fase relativa alla predisposizione della graduatoria e agli adempimenti successivi e Comuni di Altidona, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Montegiberto, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di Fermo, Monte Rinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Rapagnano, Servigliano, Torre San Patrizio per la parte di propria competenza
Oggetto del procedimento	Delibera di Giunta Regionale n. 1496 del 16.10.2023
Responsabile procedimento	Per la fase relativa alla ricezione e all'ammissione delle domande, il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di residenza; Per la fase relativa alla predisposizione della graduatoria e agli adempimenti successivi, il Coordinatore dell'ATS, in qualità di ente capofila dell'Ambito Territoriale XIX.
Inizio e termine del procedimento	L'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso l'Ufficio Protocollo del Comune di residenza; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 180 giorni.
Inerzia dell'Amministrazione	Decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà attivarsi ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall'amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricordo al TAR nei termini di legge.
Ufficio in cui si può prendere visione degli atti	Servizi Socio-Sanitari dei Comuni di rispettiva residenza, e Ufficio di Coordinamento dell'ATS XIX negli orari di apertura al pubblico con le modalità prevista dagli artt. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/05 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dal Comune di Fermo

Data_____

Firma per presa visione

_____