

fa domanda di

- Assegno di cura*
- Voucher*

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

che il beneficiario è:

- Anziano non Autosufficiente con alto carico assistenziale;
- Persona con disabilità gravissima;
- Anziano non Autosufficiente con basso carico assistenziale;
- Persone con disabilità grave;

che la famiglia:

si avvale a titolo oneroso, di acquistare in autonomia servizi o prestazioni sociali (solo per l'Assegno di cura);
oppure

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o assistenti familiari (solo per l'Assegno di cura);
- si impegna a presentare la documentazione attestante l'avvenuta assunzione in sede di sottoscrizione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), pena decadenza del beneficio riconosciuto (solo per l'Assegno di cura);
- che il beneficiario non usufruisce di servizi residenziali sia socio-sanitari che socio-assistenziali;

che il numero di protocollo della DSU/ISEE socio-assistenziale (codice alfanumerico del tipo "INPS-ISEE-2025-XXXXXXXX-00) è _____;

che la persona interessata non è destinataria di programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni dell'Avviso di che trattasi;

di essere consapevole che la presentazione della domanda non dà diritto all'erogazione dell'intervento richiesto e che il riconoscimento di quest'ultimo è subordinato all'elaborazione di una graduatoria unica, stilata sulla base dei criteri di cui all'Avviso, alla disponibilità delle risorse finanziarie e alla sottoscrizione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato);

di impegnarsi a rendicontare bimestralmente le spese, fornendo la documentazione necessaria a dare prova delle spese ammissibili sostenute fino alla concorrenza del 70% dell'importo dell'Assegno (solo per Assegno di Cura);

di essere consapevole che la mancata rendicontazione per 6 mesi consecutivi comporta la perdita del diritto all'erogazione dell'intervento (solo per l'Assegno di cura);

di essere consapevole di poter acquistare le prestazioni di assistenza domiciliare solo presso i fornitori di servizi di assistenza accreditati presso l'ATS Marmo Platano Melandro, (solo per i voucher);

di delegare l'ATS Marmo Platano Melandro al pagamento del Voucher al soggetto erogatore scelto;

di essere consapevole che saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al beneficiario;

di dichiarare di avere preso visione di quanto disposto dall'Avviso pubblico e di accettarlo integralmente;

di dichiarare di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa;

che il **caregiver**, ai sensi dell'articolo 1, comma 255 della legge 205 del 2017, è:

Signor/a _____

codice fiscale _____

nato/a _____ (____)

il _____

residente a _____

CAP _____

indirizzo _____, n° _____

telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare (barrare un'opzione, solo per Assegno di cura)

Presenza di operatore/assistente familiare assunto dalla famiglia

L'operatore/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il / / _____ categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità indicata in precedenza:

Presenza di operatore/assistente familiare pagato per il tramite di Enti terzi

L'operatore/L'assistente familiare, per il quale il familiare del beneficiario/beneficiario sostiene il costo, è regolarmente assunto/a dalla Ditta (ragione sociale) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ () in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, _____, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità indicata in precedenza:

Assenza di operatore/assistente familiare

(In caso di assenza, il richiedente si impegna a presentare la documentazione attestante l'avvenuta assunzione in sede di sottoscrizione del PAI, pena decadenza dell'intervento riconosciuto)

4. Modalità di riscossione

Il/la sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione venga effettuata con la seguente modalità:

- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento

5. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale del comune di residenza comunicando tempestivamente, entro 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le seguenti variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda:

1. l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
2. il decesso;
3. il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
4. le variazioni contrattuali relative all'operatore/assistente familiare (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.).

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni; oppure;
- certificazione dalla quale si evince la condizione di non autosufficienza o disabilità grave ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
- certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie regionali sulle apposite schede riportate negli Allegati n. 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2E/A, 2E/B, 2F, 2G, 2H e n. 3 della D.G.R. 202400654 del 04/11/2024 (corrispondenti agli Allegati n. 1A, 1B, 1C, 1D, 1D/A, 1D/B, 1E, 1F, 1G e n. 2 della D.G.R. n. 1100 del 30/10/2018) (solo per anziani non Autosufficienti con alto carico assistenziale o persone con disabilità gravissima);
- il numero di protocollo della DSU/ISEE socio-assistenziale in corso di validità;
- documentazione relativa al rapporto contrattuale con operatori/assistenti familiari;
- copia del documento di riconoscimento valido del richiedente;
- copia del documento di riconoscimento valido del beneficiario.

Luogo, _____ Data _____ / _____ / _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)