All'Ente capofila dell'ATS 17

Unione Montana Potenza Esino Musone

Viale Mazzini 29

62027 San Severino Marche (MC)

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA

PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2025

Il sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

nato/a a _____(____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via _____n. _____

Telefono* _____

Email o Pec * _____

** i campi contrassegnati sono obbligatori*

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

- ☐ persona anziana in situazione di non autosufficienza
- ☐ familiare o soggetti delegati
- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di Assegno di Cura

per il/la sig./sig.ra _____

Codice fiscale _____

nato/a a _____ (___) il _____

residente a _____(___) CAP _____

in via _____n. _____,

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche (MC) C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411
E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it

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 panali 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

(barrare le voci che interessano)

☐ Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS 17
☐ Di essere domiciliato in uno dei Comuni dell'ATS 17 presso

_____

☐ 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.

☐ Di usufruire al momento della presentazione della domanda dell'indennità di accompagnamento.

☐ Che la situazione economica, calcolata sull'ISEE ordinario corrente (***in corso di validità dall'uscita del Bando***) è di € _____.

☐ Di usufruire/Non usufruire, al momento della presentazione della domanda di uno dei seguenti servizi/contributi: SAD per anziani non autosufficienti, SAD Tradizionale, Home Care Premium, Disabilità Gravissima e progetto di Vita Indipendente.

☐ Di essere consapevole delle cause di interruzione/sospensione e non cumulabilità dell'intervento riportate nel bando per la domanda di accesso all'assegno di cura.

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

☐ direttamente dalla famiglia del soggetto. indicare la persona di riferimento:

- Signor/a _____codice fiscale _____
  nato/a a _____ (___) il _____
  residente a _____ CAP _____

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche (MC) C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411
E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it

via _____ n. _____,
telefono _____, grado di parentela _____

- Signor/a _____codice fiscale _____
  nato/a a _____ (___) il _____
  residente a _____ CAP _____
  via _____ n. _____,
  telefono _____, grado di parentela _____

- Signor/a _____codice fiscale _____
  nato/a a _____ (___) il _____
  residente a _____ CAP _____
  via _____ n. _____,
  telefono _____, grado di parentela _____

☐ da assistente domiciliare privato **in possesso di regolare contratto di lavoro**.
Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a_____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (___) il _____
residente a_____ CAP _____
via _____, n. _____,
telefono _____;
Numero UNILAV _____ ore lavorative settimanali _____

☐ La sopracitata assistente familiare è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'Impiego, Orientamento e Formazione di _____

☐ La sopracitata assistente familiare al momento **non** è iscritta all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR 118/2009) c/o il CIOF – Centri dell'impiego, Orientamento e Formazione

☐ Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il
Dr._____

☐ Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura** nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, 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*)

☐ 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.

☐ Che la modalità di riscossione è la seguente: (**CAMPO OBBLIGATORIO**)

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche (MC) C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411
E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it

° Riscossione tramite Conto corrente bancario/postale (intestato o co-intestato al beneficiario)
NB: NO LIBRETTO POSTALE
IBAN:

Presso filiale_____

Intestato a _____

Allega **obbligatoriamente** alla presente:

☐ **Attestazione I.S.E.E. ordinario completo di Dichiarazione Sostitutiva Unica – ultimo periodo di imposta);**

☐ **Copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;**

☐ **Copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento percepita al momento della consegna della domanda (non sono ammesse a contributo le persone che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagno o siano state sospese per revisione).**
Al riguardo:
• se il verbale di invalidità civile non contiene il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento occorre produrre idonea documentazione attestante tale riconoscimento (es. copia del provvedimento del giudice di riconoscimento dell'indennità di accompagno, oppure copia di successiva comunicazione dell'INPS da cui si evince il riconoscimento dell'indennità di accompagno);
• se il verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento indica un termine per la revisione, è necessario che esso sia successivo alla data di scadenza del presente avviso; in caso contrario andrà prodotta adeguata documentazione relativa al mantenimento della titolarità dell'indennità di accompagno prima dell'approvazione della graduatoria definitiva.

☐ **Informativa privacy sottoscritta**

☐ **Se l'intervento assistenziale è svolto da un Assistente Familiare, il modello di domanda dovrà inoltre essere corredato da:**
• Copia del Contratto di lavoro individuale dell'Assistente Familiare;
• Documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'Assistente Familiare all'Elenco Regionale gestito dal CPI o dichiarazione attestante la motivazione della mancata iscrizione e l'impegno di iscrizione all'Elenco regionale degli Assistenti Familiari (DGR 118/2009) gestito c/o i CIOF, Centri dell'Impiego, l'Orientamento e la formazione entro dodici mesi dall'eventuale concessione del beneficio.

☐ **Copia conto corrente bancario o postale dell'aspirante anziano beneficiario**

Luogo, _____

Data, _____

IL DICHIARANTE

_____

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche (MC) C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411
E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it

INFORMATIVA ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016 – 679

(GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)

Gentile Signore/a,

ai sensi della normativa indicata il trattamento, relativo ai servizi erogati, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti, pertanto ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016 – 679 le forniamo le seguenti informazioni:

Dati trattati e finalità del trattamento. Raccogliamo i seguenti dati: - dati personali identificativi, di contatto e di pagamento: informazioni relative al nome, numero di telefono, residenza, informazioni relative al pagamento della quota parte del servizio; - dati personali sensibili (particolari): dati relativi allo stato di salute attinenti alla salute fisica o mentale passata, presente e futura, raccolti direttamente dai dipendenti dell'ASP in relazione alla richiesta del servizio erogato; -dati personali giudiziari: e cioè quelli che possono rivelare l'esistenza di determinati provvedimenti giudiziari soggetti ad iscrizioni nel casellario giudiziale (ad esempio, i provvedimenti penali di condanna definitivi, la liberazione condizionale, il divieto od obbligo di soggiorno, le misure alternative alla detenzione) o la qualità di imputato o di indagato. Il trattamento dei suoi dati (ad es. registrazione, modifica, conservazione, cancellazione) e il suo consenso al trattamento degli stessi è condizione necessaria per una adeguata erogazione ed esecuzione di tutti i servizi erogati dall'ATSXVII e per il corretto assolvimento degli adempimenti contabili/ amministrativi.

Modalità di trattamento. Il trattamento dei dati sarà improntato nel pieno rispetto delle norme di legge, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici/telematici idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e comunque con l'utilizzo di idonee procedere che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere. Il conferimento dei dati è necessario. Il rifiuto o la mancata comunicazione dei dati o l'opposizione integrale/parziale al loro trattamento potrà comportare l'impossibilità di fornire i servizi richiesti.

Comunicazione dei dati a terzi (Destinatari dei dati). I dati saranno trattati dal Titolare, dai Responsabili del trattamento e da eventuali persone autorizzate al trattamento sotto la diretta responsabilità del Titolare o del Responsabile secondo apposite istruzioni. In particolare i dati potranno essere comunicati a soggetti terzi, quali ad esempio – Società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza e collaborazione nei nostri confronti in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria; - P.A. es comune, S.S.N., per lo svolgimento delle funzioni istituzionali; - terzi fornitori di servizi (le Ditte aggiudicatarie di appalti) cui la comunicazione sia necessaria per l'adempimento delle prestazioni oggetto da contratto; istituti di Credito per l'erogazione di contributi di varia natura o nel caso in cui sia richiesta la compartecipazione dell'utente nel costo del servizio; Distretto Sanitario e Unità Valutativa Integrata competente per il territorio per consentire le valutazioni delle domande di ingresso nelle strutture residenziali. I dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni e verifiche a organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge. I dati sensibili non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno trattati necessariamente per il corretto adempimento dei compiti dell'Unità Operativa.

Trasferimento dei dati a Paesi terzi (al di fuori dell'Unione Europea). In nessun caso si trasferirà i dati personali e sensibili ad un Paese terzo o ad una organizzazione internazionale; tuttavia si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud e in tal caso i fornitori dei servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'articolo 46 GDPR 2016/679.

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali e sensibili saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per i quali sono raccolti e tratti e comunque per un periodo minimo di 5 anni. Decorso tale periodo di conservazione, i dati potranno essere distrutti e/o cancellati. Nel caso dovessero istallarsi controversie legali, i

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche (MC) C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411
E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it

dati personali saranno trattati ai fini della difesa degli interessi dell'ATS XVII ente capofila Unione Montana Potenza Esino Musone di San Severino Marche.

Diritto di accesso ai dati e altri diritti:

a) **Diritto di accesso.** Ha il diritto di ottenere la conferma che si è in corso o meno un trattamento dei dati e, in tal caso, avere le seguenti informazioni: le finalità del trattamento, le categorie di dati personali trattati, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, il periodo di conservazione dei dati.
b) **Diritti di rettifica, cancellazione e limitazione.** Può sempre chiedere la rettifica dei dati inesatti, la cancellazione dei dati che la riguardano nel rispetto delle eccezioni indicate nell' articolo 17, e comunque non prima di 5 anni, la limitazione del trattamento degli stessi.
c) **Diritto di opposizione.** Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali per motivi connessi ad una situazione particolare in grado di legittimare la sua decisione e a condizione che non sussista alcun interesse legittimo prevalente del titolare.
d) **Diritto alla portabilità.** Ove tecnicamente possibile, Lei ha diritto di ricevere – nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento se ha un contratto o il consenso e lo stesso se effettuato con mezzi automatizzati- i suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico.
e) **Diritto di revoca del consenso.** Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per uno o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni o particolari categorie di dati, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
f) **Diritto di reclamo.** Lei ha il diritto di proporre reclamo al garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it)

Modalità di esercizio dei diritti. L'esercizio dei suddetti diritti può essere esercitato in qualsiasi momento inviando una richiesta al: **titolare del trattamento Ambito Territoriale Sociale XVII ente capofila Unione Montana Potenza Esino Musone di San Severino Marche,** Viale Mazzini n. 29 62027 San Severino Marche (MC) tel. 0733/637247 email protocollo@umpotenzaesino.it. La presente informativa potrebbe essere soggetta a variazione per modifiche e/o integrazioni della normativa di riferimento.

Presa visione e letta l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui sopra e pienamente informato/a delle finalità, modalità e caratteristiche del trattamento, nonché dell'identificazione del Titolare del Trattamento.

☐ DO IL CONSENSO
☐ NEGO IL CONSENSO

DATA ……..

FIRMA DEL'INTERESSATO o TUTORE LEGALE

_____

FIRMA DEL RICHIEDENTE, se diverso dall'interessato

_____

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche (MC) C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411
E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it