



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE VI

Comuni di Barchi, Fano, Fratte Rosa, Frontone, Mondavio, Mondolfo, Monteporzio, Orciano di Pesaro, Pergola, Piagge, Serra Sant'Abbondio, San Costanzo, San Giorgio di Pesaro, San Lorenzo in Campo

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

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

IL COORDINATORE D'AMBITO RENDE NOTO

che è possibile presentare domanda di accesso

all'ASSEGNO DI CURA per ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

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

Sono **destinatari dell'assegno di cura di euro 200,00 mensili le persone anziane non autosufficienti** che, nel territorio dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.6 (di seguito ATS 6), permangono nel proprio contesto di vita e di relazioni attraverso interventi di supporto assistenziale gestiti direttamente dalle loro famiglie o con l'aiuto di assistenti familiari private in possesso di regolare contratto di lavoro .

REQUISITI/ MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

1. La persona anziana assistita deve:
 - a) aver compiuto i 65 anni di età alla data di scadenza del presente avviso pubblico;
 - b) essere dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100% ;
 - c) usufruire di indennità di accompagnamento (anche in corso di riconoscimento, possono presentare domanda anche gli anziani che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, purché presentata almeno due mesi dalla data di scadenza del presente avviso e purché definitiva, con esito positivo, entro i termini di predisposizione della graduatoria);
 - d) essere residente, nei termini di legge, in uno dei Comuni dell'ATS 6 di Fano;
 - e) avere l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) periodo d'imposta 2008 non superiore a:
 - 11.000,00 euro in caso di anziano non autosufficiente residente da solo
 - 25.000,00 euro in caso di anziano non autosufficiente facente parte di un nucleo familiare pluricomposto.

2. Possono presentare domanda:
 - a) **l'anziano** stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
 - b) **i familiari**, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo familiare;
 - c) **il soggetto incaricato della tutela** dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno o figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana purché sia residente in uno dei Comuni dell'ATS 6).

LE DOMANDE di assegno di cura, redatte su apposito modello, dovranno pervenire, nei modi stabiliti dalla legge:

- Presso gli Uffici dei Servizi Sociali dei rispettivi Comuni di residenza.

TASSATIVAMENTE ENTRO LUNEDI' 30 NOVEMBRE 2009

(farà fede il **timbro di accettazione dell'Ufficio protocollo del Comune di residenza**).

I Comuni dell'ATS 6 non assumono responsabilità in caso di dispersione delle domande dovute ad inesatte indicazioni del destinatario del plico, a disguidi postali o imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

La domanda deve essere corredata obbligatoriamente dalla seguente documentazione:

1. attestazione I.S.E.E., riferita al periodo di imposta 2008, in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.);
2. copia di un valido documento di identità del richiedente;
3. copia del verbale di invalidità civile;
4. copia domanda indennità di accompagnamento o della presentazione della domanda.

N.B. la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli dal Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

PERCORSO PER ACCEDERE ALL'ASSEGNO DI CURA

Il Coordinatore dell'ATS 6, in collaborazione con i competenti servizi sociali e socio sanitari, attiva un iter procedurale per definire gli aventi diritto all'assegno di cura. **In particolare verrà predisposta la graduatoria in base ai valori ISEE.** La graduatoria non dà immediato diritto al contributo che sarà subordinato anche alla realizzazione di un **"patto" di assistenza domiciliare** da sottoscrivere a cura delle parti nel quale vengono individuati:

1. i percorsi assistenziali a carico della famiglia,
2. gli impegni a carico dei servizi
3. la qualità di vita da garantire alla persona assistita,
4. le conseguenti modalità di utilizzo dell'assegno di cura.

Se gli interventi assistenziali alla persona non autosufficiente sono gestiti da assistenti familiari privati per la sottoscrizione del patto di assistenza domiciliare dovrà essere esibito il regolare contratto di lavoro dell'assistente familiare.

Al termine del percorso sopra indicato ai singoli richiedenti verrà trasmessa una comunicazione scritta relativa all'esito della domanda.

La graduatoria avrà durata di un anno.

L'eventuale diritto all'assegno di cura verrà riconosciuto dal 1.1.2010.

L'entità dell'assegno di cura sarà erogato mensilmente.

L'assegno di cura viene sospeso:

1. in caso di inserimento permanente in struttura residenziale;
2. col venir meno delle condizioni previste all'atto della sottoscrizione degli impegni assunti coi destinatari dei contributi;
3. col venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste

dall'intervento.

In caso di sospensione si procederà allo scorrimento della graduatoria con decorrenza non retroattiva del beneficio economico.

PER REPERIRE I MODELLI DI DOMANDA ED OTTENERE EVENTUALI INFORMAZIONI rivolgersi a:

- Servizi Sociali dei Comuni di residenza
- Ambito Territoriale Sociale VI, via Sant'Eusebio 32 Fano tel. 0721 887481.

Per quanto non specificato nel presente avviso si rinvia alla Delibera Amministrativa della Regione Marche n. 985 del 15 giugno 2009.

Si precisa che l'erogazione dell'assegno di cura, di cui al presente bando, è subordinata all'effettivo finanziamento da parte della Regione Marche.

Fano, li 15 ottobre 2009

IL COORDINATORE D'AMBITO
Dott.ssa Sonia Battistini

ALLEGATO 2 MODELLO DI DOMANDA

**AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI _____**

**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 il a

residente a.....vian.Tel.....

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

persona anziana in situazione di non autosufficienza;

oppure

familiare (entro il 4° grado) convivente con l'anziano

tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

per il/lsig./sig.rapersona anziana in situazione di non autosufficienza

nato/a il a

residente inviaTel.....

codice fiscale.....

CHIEDE

L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

E' 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).

**DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO/LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI
NON AUTOSUFFICIENZA:**

1. è residente in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale VI
2. ha compiuto/compirà il 65° anno di età alla data di scadenza del presente avviso pubblico;
3. è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso, o ha presentato domanda, della certificazione di invalidità pari al 100%;
4. è titolare di indennità di accompagnamento, certificato di iscrizione n. ... rilasciato il;
5. in alternativa: la domanda di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento è stata presentata in data.....ed è in corso di valutazione;
6. la situazione economica, calcolata sull'ISEE corrente (periodo di imposta 2008) è di euro..... (max 11.000,00 euro in caso di anziano non autosufficiente solo, max 25.000,00 euro in caso di anziano non autosufficiente residente presso il nucleo familiare pluricomposto);
7. 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
_____ via _____ n. _____, telefono _____

- da assistenti familiari privati 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 _____;

8. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dott.
_____;
9. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta l'Ambito Territoriale Sociale o il Servizio Sociale del Comune di residenza 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);
10. 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:

d) Conto Corrente postale

IBAN _____

e) Conto Corrente bancario

IBAN _____

f) Assegno circolare non trasferibile da spedire con raccomandata AR. spese a proprio carico

g) Quietanza diretta (presso tesoreria Comune di Fano, Banca Carifano sede centrale Fano)

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 DI CHIARANTE

(firma leggibile)

DICHIARA INFINE

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

.....

Il richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile cittadino/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 l'Ambito Territoriale Sociale VI, 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 dell'Ambito Territoriale Sociale VI, 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. 6 del contributo regionale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, avendo 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
