

**ASSEGNO DI CURA TIPO "A"**

*(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)*

**Schema di domanda**

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

**in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)**  
*(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)*

del Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

**fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"**

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**

- a. 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;
- b. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare non autosufficiente presso il suo domicilio;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISIFE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISIFE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

**2. Modalità di riscossione**

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

*chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:*

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_  
 IBAN \_\_\_\_\_

<i>Intestato a</i>		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
□	□	□

**4. Comunicazione variazioni**

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- attestazione I.S.F.B. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.J.gs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante;
- informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

***Informativa relativa al trattamento dei dati personali***

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)