INFORMATIVA D.LGS. 196/03 ART.13 (PRIVACY)

Titolari del trattamento: ASP – Azienda Servizi alla Persona 9 di Jesi in qualità di Ente Capofila dell'ATS IX, per l'intera banca dati, i restanti Comuni per la banca dati dei cittadini residenti, nell'ambito delle rispettive competenze.
Responsabile del trattamento: Coordinatore dell'ATS IX / Direttore ASP 9
Incaricati: I dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ASP 9/ATS IX, agli uffici dei Servizi Politiche Sociali e ai Servizi Finanziari dei Comuni e dell'ASP 9.
Finalità: I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alla concessione del beneficio richiesto (Artt. 68 e 86, comma 1, lettera c, D.Lgs. 196/03; L 328/2000; L 296/2006).
Modalità: Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici.
Ambito comunicazione: I dati verranno utilizzati dagli uffici dell'ASP 9/ATS IX e dai Servizi Politiche Sociali dei Comuni dell'ATS IX e verranno comunicati ai Servizi Finanziari dei Comuni, agli Istituti di Credito, ai Servizi della Regione Marche e agli Enti autorizzati anche per le verifiche in merito ai requisiti.
Obbligatorietà: Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento.
Diritti: L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsti dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, rivolgendosi alle sedi dei Comuni sopraindicati.

Informativa Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/05 art. 8
Amministrazioni competenti: ASP 9 e Comuni di Apiro, Belvedere Ostrense, Castelbellino, Castelplanio, Cingoli, Cupramontana, Filottrano, Maiolati Spontini, Jesi, Mergo, Monsano, Montecarotto, Monte Roberto, Morro d'Alba, Poggio San Marcello, Poggio San Vicino, Rosora, San Marcello, San Paolo di Jesi, Santa Maria Nuova, Staffolo
Oggetto del procedimento: Delibera Giunta Regionale n.328 del 20 aprile 2015 concernente: "approvazione dei criteri di riparto e delle modalità di utilizzo del Fondo per gli anziani non autosufficienti"
Responsabile del procedimento: Dott. Franco Pesaresi – Coordinatore dell'ATS IX
Responsabile dell'istruttoria: Dott.ssa Novelli Monica – Responsabile dell'Area Anziani ASP Ambito 9
Inizio e termine del procedimento: l'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso i Servizi Protocollo dei Comuni, della presente domanda; i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di scadenza del bando (28.08.2015)
Inerzia della amministrazione: decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà adire direttamente il Giudice Amministrativo (T.A.R. Marche) finché perdura l'inadempimento e comunque non oltre un anno della scadenza dei termini di conclusione del procedimento
Ufficio in cui si può prendere visione degli atti: sede legale dell'ASP Ambito 9 – Via Gramsci n.95 – 60035 Jesi (AN), negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dall'art.22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/05

Luogo e data …… **Il Richiedente ……**

C.F. 92024900422 e P.IVA 02546320421
e-mail ambitoterrjesi@comune.jesi.an.it www.comune.jesi.an.it/ambito9

Al Comune di ……

All'ASP Ambito 9
Via Gramsci n.95
60035 JESI (AN)

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – ANNO 2015 - Delibera Giunta Regionale n.328 del 20.04.2015

Il /La sottoscritto /a ……
Codice Fiscale ……..Nato /a il …… a ……
Residente a …… …Via …… n. …….. tel. ……
In qualità di *(barrare la voce che interessa)*

- ☐ Persona anziana in situazione di non autosufficienza
- ☐ Familiare che accoglie l'anziano nel proprio nucleo e che si impegna alla sottoscrizione del patto assistenziale
- ☐ Soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente

Per il / la Sig. / ra …….. persona anziana in condizione di non autosufficienza
Nato/a il …… a ……Codice Fiscale ……
Residente a …… Via …… n. …….. tel. ……..

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura per l'Assegno di Cura – annualità 2015 per anziani non autosufficienti
A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume ai sensi dell'art.76 del DPR 445 / 2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e a conoscenza del fatto che l'amministrazione ha facoltà di effettuare controlli su quanto dichiarato

DICHIARA ai sensi dell'art.46 del DPR 445 / 2000

Di aver preso visione del bando approvato con Decisione dell'ASP n.103 del 06.07.2015

Che il sottoscritto / a o la persona anziana in condizione di non autosufficienze per la quale presenta domanda:
(barrare la voce che interessa)

1. Ha compiuto il 65° anno di età alla data:
   - ☐ Del 01.01.2015 nel caso di beneficiario dell'Assegno di Cura nell'anno 2014
   - ☐ Del 01.07.2015 nel caso di nuovo richiedente
2. È stata dichiarata Invalida Civile al 100% ed usufruisce dell'Indennità di Accompagnamento ed è in

possesso di tale requisito alla data:

- ☐ Del 01.01.2015 nel caso di beneficiario dell'Assegno di Cura nell'anno 2014
- ☐ Del 01.07.2015 nel caso di nuovo richiedente

3. E' titolare dell'assegno per l'assistenza personale e continuativa erogato dall'INAIL, rilasciato a parità di condizioni dell'Indennità di Accompagnamento dell'INPS e alternativo a tale misura, ed è in possesso di tale requisito alla data:
   - ☐ Del 01.01.2015 nel caso di beneficiario dell'Assegno di Cura nell'anno 2014
   - ☐ Del 01.07.2015 nel caso di nuovo richiedente
4. Usufruisce di adeguata assistenza presso il proprio domicilio o altro domicilio privato mediante:
   - ☐ L'intervento di un familiare
   - ☐ L'intervento di un assistente familiare in possesso di regolare contratto di lavoro
5. Non risiede in una struttura residenziale

☐ E' residente nel comune di …… ma domiciliato nel comune di …… (confinante con le Marche)

☐ Ha usufruito del progetto Home Care Premium 2012 (scaduto il 31.03.2015)

- ☐ SI (indicare il periodo ……)
- ☐ NO

☐ Usufruisce o ha usufruito del progetto Home Care Premium 2014 (in scadenza il 30.11.2015)

- ☐ SI (indicare il periodo ……)
- ☐ NO

☐ Usufruisce o ha usufruito del SAD – Servizio Assistenza Domiciliare comunale

- ☐ SI (indicare il periodo ……)
- ☐ NO

☐ Usufruisce o ha usufruito dell'Assistenza Domiciliare Indiretta per over 65 in condizione di "particolare gravità"

- ☐ SI (indicare il periodo ……)
- ☐ NO

☐ Dal 01.01.2015 al 28.08.2015 (data di scadenza dell'avviso pubblico) è stato ricoverato presso una struttura ospedaliera o residenziale (RSA, Casa di Riposo, Residenza Protetta etc) per un periodo superiore a 30 giorni

- ☐ SI (indicare il periodo ……)
- ☐ NO

DICHIARA ALTRESI'

solo per i beneficiari dell'Assegno di Cura nell'anno 2014

☐ Che il sottoscritto / la persona anziana per conto della quale presenta domanda, è ancora titolare dell'Indennità di Accompagnamento e che la relativa certificazione già in possesso dell'amministrazione non è stata revocata, sospesa o modificata

☐ Che non è subentrata una nuova Assistente Familiare e che pertanto il contratto presentato per il contributo dell'anno 2014 e in possesso dell'amministrazione è ancora valido

Nota Bene: Se le condizioni sono variate presentare nuova documentazione (contratto e verbale)

CHIEDE

in caso di accoglimento della presente richiesta che la liquidazione dell'assegno di cura avvenga con una delle seguenti modalità:

☐ Mediante versamento sul seguente **conto corrente** (bancario o postale) intestato all'anziano beneficiario del contributo:

conto corrente n. ……..... Banca / Ufficio Postale ……..
IBAN (composto da n.27 cifre)

☐ Mediante versamento sul seguente **conto corrente** (bancario o postale) intestato al firmatario del patto assistenziale

conto corrente n. ……..... Banca / Ufficio Postale ……..
IBAN (composto da n.27 cifre)

Nota Bene: il libretto postale anche se munito di IBAN non può essere utilizzato per la liquidazione del contributo

E' a conoscenza del fatto che:

- qualora l'anziano abbia usufruito di SAD comunale, progetto "Home Care Premium" o dell'Assistenza Domiciliare Indiretta per over 65 in condizione di "particolare gravità", per tutto il periodo di coincidenza tra uno degli interventi in elenco e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato
- in caso di presenza di assistente familiare la stessa dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Patto, l'impegno formale ad iscriversi all'Elenco degli Assistenti Familiari gestito presso i CIOF – Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione, entro 12 mesi dalla concessione del beneficio

Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196 del 30.06.2003 e sottoscrive l'informativa allegata.

Allega alla presente:

- ☐ Attestazione ISEE Ordinario
- ☐ Ricevuta della avvenuta presentazione della DSU (si impegna a presentare ISEE entro 3 giorni dal rilascio)
- ☐ Copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare *(facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura per l'anno 2014)*
- ☐ Copia del verbale di invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento *(facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura per l'anno 2014)*
- ☐ Copia di un valido documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
- ☐ Altro (specificare)
  ……
  ……

Luogo e data…… *Il Richiedente* ……