

Il 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 2019**

DGR n.328 del 20.04.2015 e DGR n.1499 del 18.12.2017

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/o 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 ……………………………………………………………………………….

Residente a …………………………………………. Via …………………………………… n. …….. tel. …………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CHIEDE**

di poter partecipare alla procedura per l’Assegno di Cura – annualità 2019 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

Che il sottoscritto/a o la persona anziana in condizione di non autosufficienza per la quale presenta domanda:

*(barrare la voce che interessa)*

1. Ha compiuto il 65° anno di età alla data
   * Del 01.01.2019 nel caso di beneficiario dell’Assegno di Cura nell’anno 2018
   * Del 01.07.2019 nel caso di nuovo richiedente
2. È stata dichiarata Invalida Civile al 100% ed usufruisce dell’Indennità di Accompagnamento e d in possesso di tale requisito dalla data:
   * Del 01.01.2019 nel caso di beneficiario dell’Assegno di Cura nell’anno 2018
   * Del 01.07.2019 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 dalla data:
   * Del 01.01.2019 nel caso di beneficiario dell’Assegno di Cura nell’anno 2018
   * Del 01.07.2019 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)
* Usufruisce o ha usufruito nel 2019 del progetto Home Care Premium
  + SI ( indicare il periodo ……………………………………………………………………………………………. )
  + NO
* Usufruisce o ha usufruito nel 2019 del SAD – Servizio Assistenza Domiciliare erogato dal Comune
  + SI ( indicare il periodo ……………………………………………………………………………………………. )
  + NO
* Usufruisce o ha usufruito nel 2019 del contributo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima
  + SI ( indicare il periodo ……………………………………………………………………………………………. )
  + NO
* Che è stato ricoverato presso una struttura ospedaliera o residenziale (RSA, Casa di Riposo, Residenza Protetta ecc.) per un periodo superiore a 30 giorni
  + SI ( indicare il periodo/i …………………………………………………………………………………………. )
  + NO

**DICHIARA ALTRESI’**

**solo per i beneficiari dell’Assegno di Cura nell’anno 2018**

1. Che il sottoscritto/a o 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.
2. Che non è subentrata una nuova Assistente Familiare e che pertanto il contratto presentato per il contributo dell’anno 2018 e in possesso dell’amministrazione è ancora valido.

**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 (non libretto) intestato all’anziano beneficiario del contributo:

conto corrente n. ……………………............. Banca / Ufficio Postale ………………………………………….

IBAN (composto da n.27 cifre)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(ALLEGARE STAMPA IBAN**)

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

conto corrente n. ……………………............. Banca / Ufficio Postale ………………………………………….

IBAN (composto da n.27 cifre)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(ALLEGARE STAMPA IBAN**)

**E’ a conoscenza del fatto che:**

* qualora l’anziano abbia usufruito di SAD comunale, del progetto “Home Care Premium” o del contributo a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, 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.
* l’erogazione dell’Assegno di Cura è subordinata al trasferimento delle relative risorse da parte della Regione Marche per l’anno 2019.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento U.E. GDPR 2016/679 e sottoscrive l’informativa allegata.

Allega alla presente:

* Attestazione ISEE Ordinario
* Ricevuta della avvenuta presentazione della DSU
* Copia del contratto individuale di lavoro dell’Assistente Familiare *(facoltativo in caso di anziano beneficiario dell’assegno di cura per l’anno 2018)*
* Copia del verbale di invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento o del riconoscimento dell‘assegno per assistenza personale e continuativa Inail *(facoltativo in caso di anziano beneficiario dell’assegno di cura per l’anno 2018)*
* Copia di un valido documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
* Documentazione attestante l’avvenuta iscrizione dell’Assistente Familiare all’Elenco Regionale gestito dal CIOF o dichiarazione attestante la motivazione della mancata iscrizione ( *obbligatoria in caso di anziano beneficiario dell’assegno di cura per l’anno 2018 assistito sempre dal medesimo Assistente Familiare)*
* Altro (specificare) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo e data……………………… ***Il Richiedente …………………………………………………***

***DICHIARAZIONE ATTESTANTE LA MANCATA ISCRIZIONE***

***AL REGISTRO ASSISTENTI FAMILIARI PRESSO IL CIOF***

Il sottoscritto ……………………………………………………………………….. nato a ……………………………………………

Il …………………………. Residente a …………………………….. in via …………………………………………………………….

In qualità di:

🞎 beneficiario dell’Assegno di Cura anno 2017

🞎 richiedente il contributo per conto del beneficiario dell’Assegno di Cura anno 2017, Sig.

…………………………………………………………..................................................................................................

Dichiara che l’Assistente Familiare, assunto con regolare contratto, non si è iscritto al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l’Informazione e l’Orientamento per la seguente motivazione:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**E‘ consapevole che l’iscrizione al registro è requisito previsto dalla DGR 328 del 2015.**

**Luogo e data ………………………………**

**Il Richiedente**

***………………………………………………………….***

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR 2016/679**

**(GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)**

Gentile Signore/a, secondo la 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 articoli 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: dati anagrafici e identificativi, di contatto edi 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 iscrizione 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’ASP e per il corretto assolvimento degli adempimenti contabili/amministrativi.

**Modalità del 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 garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque con l’utilizzo di idonee procedure 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 o 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 del 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 territorio per consentire le valutazioni delle domande d’ingresso nelle strutture residenziali. I dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni o 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’art. 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 le quali sono raccolti e trattati e comunque per un periodo minimo di 5anni. Decorso tale periodo di conservazione, i dati potranno essere distrutti e/o cancellati. Nel caso dovessero instaurarsi controversie legali, i dati personali saranno trattati ai fini della difesa degli interessi dell’ASP.

**Diritto di accesso ai dati e altri diritti:**

* 1. **Diritto di accesso** Ha il diritto di ottenere la conferma che sia 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.
  2. **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’art.17 e comunque non prima di 5 anni; la limitazione del trattamento degli stessi.
  3. **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.
  4. **Diritto alla portabilità** Ove tecnicamente possibile, Lei ha diritto di ricevere –nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia un contratto o il consenso e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati- i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico.
  5. **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 una 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;
  6. **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 (anche per email) al: **Titolare del trattamento** l’ASP Ambito 9, C.F./P.IVA 92024900422, Via Gramsci n. 95 60035 Jesi (An) Telefono 0731.236911 email [ambitoterrjesi@comune.jesi.an.it](mailto:ambitoterrjesi@comune.jesi.an.it) **Modifiche.** La presente informativa potrebbe essere soggetta a variazioni per modifiche e/o integrazioni della normativa di riferimento. Pertanto, il Titolare del trattamento invita sin da ora i destinatari dell’informativa a prendere visione della stessa anche sul sito internet dell’azienda ([www.aspambitonove.it](http://www.aspambitonove.it)), dove sarà possibile trovare il testo sempre aggiornato. 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**

**FIRMA DELL’INTERESSATO O TUTORE LEGALE FIRMA DEL RICHIEDENTE SE DIVERSO DALL’INTERESSATO**

**……………………………………………………………. …………………………………………………………………………**

Data………………….