

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA  
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – anno 2023**

All'Ufficio di Promozione Sociale  
del Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici: Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**di seguito denominato richiedente**

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare convivente con l'anziano (entro il 4° grado di parentela)
- tutore/curatore/amministratore di sostegno che si occupa della tutela della persona anziana

**presenta domanda di accesso all'Assegno di Cura per l'anno 2023**

*(da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario)*

per il/sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

*(indicare solo se diverso dalla residenza)*

domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

**di seguito denominato beneficiario;**

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello sul M.



Montecalvo in F.



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



Un. Montana

A tal scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità, cosciente delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed informato/a che qualora si accerti la non veridicità del contenuto della dichiarazione decadrà dal beneficio eventualmente conseguito ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche;

**DICHIARA  
che a decorre dal 01.01.2023 il beneficiario**

1. è residente in uno dei Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale 4 (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino);
2. ha compiuto 65 anni di età;
3. è stato dichiarato in condizioni di non autosufficienza, con certificazione di invalidità civile pari al 100%;
4. usufruisce dell'indennità di accompagnamento;
5. è attualmente assistito:  
(*barrare la voce che interessa*)
  - direttamente dalla famiglia del soggetto
  - da assistente domiciliare privato
6. (*barrare la voce che interessa*)
  - non usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
  - si impegna a rinunciare al SAD in caso di ammissione al beneficio
  - usufruisce del contributo economico dell'Inps relativo al progetto Home Care Premium
  - non usufruisce dell'intervento economico relativo alla "Disabilità gravissima"
  - non usufruisce del progetto "Vita indipendente"

**MODALITA' RISCOSSIONE CONTRIBUTO**

**Dichiara inoltre**

che nel caso in cui la domanda dovesse avere esito positivo, le modalità di riscossione del contributo saranno le seguenti (*barrare e compilare ove necessario*):

- Riscossione diretta presso la tesoreria del Comune di Urbino
- Accredito su c/c al seguente IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



Intestato a: \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale intestatario Iban:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si allega:

- 1) Copia di un valido documento di identità del soggetto richiedente e dell'eventuale beneficiario;
- 2) Attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario del soggetto beneficiario in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (DSU);
- 3) Copia del verbale di invalidità civile del beneficiario;
- 4) Copia di documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

I richiedenti che si avvalgono di assistenti domiciliari private/i dovranno inoltre allegare:

- 5) copia del contratto di lavoro;
- 6) ricevuta dell'ultimo pagamento trimestrale all'INPS relativamente ai contributi previdenziali;

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Esprimo, ai sensi della normativa vigente, il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali

