

Titolo VII Classe 12

**DOMANDA DELL'ASSEGNO DI CURA COMUNALE
PER SOGGETTI DISABILI**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ cellulare _____

E mail _____

In qualità di (da compilare solo se chi presenta la richiesta non è il beneficiario dell'Assegno di Cura):

- Delegato - compilare Delega allegato 1;
- Tutore;
- Curatore;
- Amministratore di sostegno;

CHIEDE

L'erogazione dell'Assegno di Cura Comunale di cui all'art 3 del Regolamento Comunale approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 96 del 29.03.2011.

A tal fine,

DICHIARA

A. Che la persona beneficiaria del contributo è (barrare l'opzione del caso):

- Il/La sottoscritto/a e dichiara altresì di essere di cittadinanza _____
- Il/La sig./ra _____
 - Nato/a a _____, prov. _____ il _____
 - Residente in via/piazza _____ n. _____, Comune _____ (prov. _____);

- Tel. _____, cell. _____,
e mail _____;
- Di cittadinanza _____;

B. che il **valore ISEE per prestazioni socio sanitarie per persone maggiorenni** corrisponde a € _____ come da Dichiarazione Sostitutiva Unica protocollo n. INPS-ISEE-201_-_____ presentata in data ___/___/___;

C. Che il/la beneficiario/a del contributo percepisce i seguenti proventi derivanti dai trattamenti economici di qualsiasi natura (ad esempio: tipo di pensione, accompagnamento, invalidità civile, rendita/pensione INAIL, contributi economici da enti diversi, ecc...):

Tipo di entrata	Beneficiario	Importo

D. Che il **nucleo familiare** del/la beneficiario/a dell'assegno di cura possiede il seguente patrimonio mobiliare (ad esempio: conto corrente, deposito, titoli di credito, azioni, obbligazioni, libretti risparmio, buoni fruttiferi postali, titoli di stato, ecc.):

Descrizione e Banca di appoggio	Beneficiario	Importo

E. Che il **nucleo familiare** del/la beneficiario/a dell'assegno di cura è proprietario/a dei seguenti beni mobili registrati (ad esempio: auto, moto, barche, ecc.):

Descrizione e targa/matricola	Intestatario	Valore stimato

F. Che il **nucleo familiare** del/la beneficiario/a del contributo possiede e/o è proprietario/a del patrimonio immobiliare di cui all'Allegato 2;

G. Che il/la beneficiario/a dell'Assegno di Cura :

- Ha ottenuto il riconoscimento di invalidità /inabilità **senza accompagnamento** in data _____;
- Ha ottenuto il riconoscimento di invalidità /inabilità **con accompagnamento** in data _____;
- Ha ottenuto il riconoscimento di invalidità/inabilità in data _____ **con percentuale di _____%** ma di non percepire ancora l'assegno di accompagnamento;
- Ha presentato domanda di invalidità /inabilità in data _____;
- Non ha ottenuto** il riconoscimento di **invalidità/inabilità al 100%** con o senza accompagnamento, ma ritiene di avere diritto all'Assegno di Cura in quanto sussistono gravi motivazioni di carattere sanitario, psicologico e/o sociale, di cui allega documentazione;

H. Che il nucleo familiare del/la beneficiario/a del contributo è costituito dai seguenti componenti (persone conviventi o a carico dell'anziano richiedente):

I.

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

J. Che gli obbligati per legge - fino al quarto grado di parentela, ai sensi dell'art. 433 del C.C. sono quelli indicati nell'Allegato 3;

K. Le spese sostenute per l'abitazione ammontano a un importo mensile complessivo di:

- € _____ per locazione;
- € _____ per mutuo;
- € _____ per spese condominiali;
- € _____ per utenze (luce, gas ecc.);

Eventuali note:

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché sulle conseguenze previste dall'art. 75 del DPR n. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera.

Rho, __/__/____

IL RICHIEDENTE _____

Allega (barrare se del caso):

- Copia Carta d'identità
- Se straniero: copia del documento che attesti la regolare del soggiorno in Italia (per es. permesso di soggiorno, ecc.);
- Ultimo CUD
- Verbale di invalidità;
- Contratto di assunzione badante.
- Bollettini di versamento contributi INPS badante;
- Estratti conto depositi bancari o postali, Titoli di Stato, fondi di Investimento, etc. relativi all'ultimo trimestre;

- Allegato 1: Delega;
- Allegato 2: Patrimonio immobiliare;
- Allegato 3: Obbligati di legge;
- Allegato 4: Prospetto costi badante.

Ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 dichiara di essere a conoscenza che i dati personali qui forniti verranno trattati dall'Ente in conformità a quanto disposto dall'art. 11 del D.Lgs. n. 196/2003 e artt. 13-14 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 per le finalità da esso consentite e connesse al procedimento amministrativo alla richiesta della su estesa dichiarazione sostitutiva.

Rho, __/__/____

IL RICHIEDENTE _____

Nota informativa

Il contributo economico finalizzato all'Assegno di cura comunale ha una durata di mesi 12 (dodici) che decorrono a partire dalla data di concessione del contributo.

L'assegno di cura è incompatibile con:

- ✓ Ricovero in RSA/RSD; il contributo decade dal giorno del ricovero stesso ad eccezione dei ricoveri di sollievo per un periodo non superiore a 30 giorni complessivi nel corso di un anno.
- ✓ Erogazione di contributi analoghi all'Assegno di Cura Comunale.
- ✓ Altri benefici economici concessi dal Comune, salva diversa e motivata valutazione da parte del Dirigente.

Nota Informativa sull'istruttoria

Fasi	Tempi
Il richiedente presenta la domanda al QUIC - Sportello Sociale via De Amicis, 1 Rho	Tutto l'anno
L'ufficio amministrativo verifica la completezza della domanda e il possesso dei requisiti necessari – l'ufficio provvede ad inviare una richiesta di integrazione al richiedente, in caso di documentazione mancante.	Il richiedente ha 15 giorni di tempo per presentare l'eventuale documentazione mancante.
La pratica è completa	Da questo momento il tempo necessario per concludere l'iter è di massimo 30 giorni
Appuntamento con l'Assistente Sociale	Entro i 10 giorni successivi
Nel colloquio con l'assistente sociale si definisce: <ul style="list-style-type: none"> ✓ la valutazione di attivazione di forme di assistenza alternative al ricovero; ✓ la valutazione della situazione reddituale del richiedente; ✓ la capacità di compartecipazione alla spesa da parte dell'Amministrazione Comunale, in base alle disponibilità di bilancio; ✓ la capacità di compartecipazione alla spesa da parte di tutti i familiari, obbligati per legge. 	
Se nel colloquio si raggiunge un accordo di compartecipazione alla spesa da parte del familiare (modalità concordata come da lett. A art. 8 del Regolamento) l'Assistente Sociale redige la relazione sociale da sottoporre all'approvazione del Direttore Area Servizi alla Persona – la relazione stabilisce l'entità del contributo-.	Entro 10 giorni dal colloquio
Se nel colloquio i familiari dichiarano di non poter compartecipare alla spesa, si procede con l'individuazione di una proposta equa di compartecipazione alla spesa sulla base della loro effettiva capacità di contribuzione. I familiari, obbligati per legge indicati sulla domanda, verranno, quindi, invitati a presentare l'ISEE	I familiari hanno 30 giorni dall'invio della richiesta, per consegnare la documentazione richiesta.
Trascorsi 30 giorni, senza aver ricevuto la documentazione o aver ricevuto la documentazione incompleta, valutato il bisogno dell'anziano, il Direttore Area può disporre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'archiviazione della pratica; ✓ l'erogazione del contributo; ✓ l'avvio della modalità legale prevista dal regolamento alla lett. c art. 8. 	
L'esito dell'iter viene comunicato al richiedente tramite lettera. In caso di esito positivo, unitamente alla lettera, viene inviato il "PI" Piano di Intervento che il familiare o il beneficiario è chiamato a sottoscrivere e a consegnare all'ufficio protocollo per accettazione. Il PI definisce l'entità del contributo e la data di avvio dell'erogazione dello stesso. In caso di mancata disponibilità economica di bilancio le domande accolte vengo messe in lista d'attesa attraverso una graduatoria.	In caso di modalità concordata entro 30 giorni dalla data in cui la domanda è completa;

Allegato 1	
-----------------------	--

DOMANDA ASSEGNO DI CURA PER SOGGETTI DISABILI

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

DELEGO

alla compilazione del modulo di domanda

il sig.

Carta d'identità n.

di cui si allega fotocopia.

Data, _____

Firma _____

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA PER SOGGETTI DISABILI

Allegato 2	Dichiarazione del patrimonio immobiliare nella disponibilità del Nucleo familiare del Beneficiario _____
-------------------	--

N.	Descrizione dell'immobile	Ubicazione (indirizzo, comune, ecc.)	Riferimenti catastali	Nome e Cognome intestatario	% di possesso o proprietà	Valore dell'immobile	Eventuali note
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Totale	
---------------	--

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché sulle conseguenze previste dall'art. 75 del DPR n. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera.

Rho, il _____

IL RICHIEDENTE _____

Nota: Occorre dichiarare anche gli immobili trasferiti a qualsiasi titolo nei cinque anni precedenti alla richiesta di contributo o successivamente alla data di ricovero in struttura.

DOMANDA DI ASSEGNO DI CURA PER SOGGETTI DISABILI

Allegato 3	Dichiarazione relativa agli obbligati di legge ex art. 433 C.C nei confronti Beneficiario _____
-------------------	---

N.	Cognome	Nome	Data e luogo di nascita	Grado di parentela	Residenza (via, n. civico)	Comune	Tel. / cell.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché sulle conseguenze previste dall'art. 75 del DPR n. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera.

Rho, il _____ **IL RICHIEDENTE** _____

Nota: all'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti nell'ordine: 1) il coniuge; 2) i figli legittimi o naturali o adottivi e, in mancanza, i discendenti prossimi anche naturali; 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi anche naturali; gli adottanti; 4) i generi e le nuore; 5) il suocero e la suocera; 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza sugli unilaterali.

DETTAGLIO DEI COSTI PER ASSISTENZA A PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

LAVORATRICE CONVIVENTE

RETRIBUZIONE MENSILE LORDA X MESI LAVORATI NELL'ANNO	€ _____	€ _____
GRATIFICA NATALIZIA		€ _____
COMPENSIVA DI VITTO E ALLOGGIO		€ _____
FERIE COMPENSIVE DI VITTO E ALLOGGIO		€ _____
TFR ANNUO		€ _____
COSTO PER CONTRIBUTI TOTALE ANNUO		€ _____
TOTALE COSTO ANNUO A CARICO DEL DATORE DI LAVORO		€ _____

DETTAGLIO DEI COSTI PER ASSISTENZA A PERSONA AUTOSUFFICIENTE

LAVORATRICE NON CONVIVENTE

RETRIBUZIONE MENSILE LORDA X MESI LAVORATI NELL'ANNO	€ _____	€ _____
GRATIFICA NATALIZIA COMPENSIVA DI VITTO SE DOVUTO		€ _____
FERIE COMPENSIVE DI VITTO SE DOVUTO		€ _____
TFR ANNUO		€ _____
COSTO PER CONTRIBUTI TOTALE ANNUO		€ _____
TOTALE COSTO ANNUO A CARICO DEL DATORE DI LAVORO		€ _____

N.B. Da compilare con l'assistenza del CAF