



Ambito Territoriale Sociale n.15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILIA: COMUNE DI MACERATA

All'ATS n° 15 - Comune di _____

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTA AD ANZIANI AFFETTI DA ALZHEIMER O DA ALTRE FORME DI DEMENZA

(Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20.04.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____ nato/a _____ (____) il

_____ residente a _____ (____) CAP _____ in (indicare

via/contrada o piazza) _____ n. _____, telefono _____

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

- persona anziana in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- familiare (entro il quarto grado) dell'anziano/a;
- soggetto (tutore/curatore/amministratore di sostegno) incaricato alla tutela della persona anziana.

presenta domanda di accesso all'assistenza domiciliare rivolta ad anziani affetti da Alzheimer o da altre forme di demenza

Il/La Signor/Signora _____

codice fiscale _____ nato/a _____ (____) il

_____ residente a _____ (____) CAP _____ in

(indicare via/contrada o piazza) _____ n. _____, telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ (____) CAP _____ in

(indicare via/contrada o piazza) _____ n. _____, telefono _____,

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO:

1. E' residente in uno dei Comuni dell'ATS n.15 ed ivi domiciliato.
2. Ha compiuto 65 anni.
3. E' in possesso di certificazione di invalidità civile pari o superiore al 67%.
4. E' provvisto/a di certificazione prodotta dal Medico di Medicina Generale o dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (ex Unità Valutativa Alzheimer) attestante la patologia di Alzheimer o altre forme di demenza.



Ambito Territoriale Sociale n.15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILA: COMUNE DI MACERATA

5. E' munito/a di Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di ISEE (ISEE Socio-sanitario), a norma del DPCM 159/2013 e ss.mm.ii.
6. E' consapevole che la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.
7. Ha preso visione dell'avviso pubblico in particolar modo delle modalità di accesso all'assistenza domiciliare a favore di anziani affetti da Alzheimer o altre forme di demenza.
8. E' consapevole che l'intervento sarà erogato solo successivamente alla valutazione dell'Assistente Sociale incaricata e fino ad esaurimento del budget disponibile.
9. E' consapevole che il SAD a favore di anziani affetti da Alzheimer o altre forme di demenza non è compatibile con l'Assegno di cura.
10. Ad integrazione di quanto precedentemente dichiarato, specifica:
 - Di non essere beneficiario di nessuno degli interventi previsti dal Progetto *Home Care Premium* effettuato dall'INPS – ex INPDAP;
 - Di non essere beneficiario degli interventi domiciliari previsti dal progetto APSP IRCR "Assistenza 2.0";
 - Di non essere beneficiario dell'Assistenza domiciliare indiretta rivolta agli over 65 in condizione di disabilità gravissima.
11. Di impegnarsi a comunicare nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.
(es. ingresso permanente in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di residenza o di domicilio, ecc).

Allega alla presente:

- Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di ISEE (ISEE Socio-sanitario), a norma del DPCM 159/2013 ss.mm.ii;
- Copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità, del dichiarante;
- Copia del verbale di invalidità civile;
- Certificato del Medico di Medicina Generale o del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (ex Unità Valutativa Alzheimer) attestante la patologia di Alzheimer o altre forme di demenza;
- Informativa privacy/trattamento dati personali debitamente sottoscritta.

Luogo e Data _____

IL DICHIARANTE (firma leggibile)



Ambito Territoriale Sociale n. 15

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILA: COMUNE DI MACERATA

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

Titolari del trattamento

Comune di Macerata in qualità di ente capofila dell'ATS 15, 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 15 e i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni.

Incaricati

i dati vengono trattati dai dipendenti assegnati, anche temporaneamente, all'ATS 15, agli uffici dei Servizi Sociali, ai Servizi Finanziari dei Comuni ATS 15 e nell'ambito della cartella sociale informatizzata (SiCare).

Finalità

i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici 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), compresi eventuali controlli relativi alla non cumulabilità degli interventi.

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'ATS 15 e dai Servizi Sociali dei Comuni dell'ATS 15 e verranno comunicati ai Servizi Finanziari dei Comuni, agli Istituti di Credito, ai Servizi della Regione Marche, agli Enti autorizzati anche per le verifiche in merito ai requisiti. Inoltre potranno essere svolti controlli relativi al progetto Home care Premium e al progetto "Assistenza 2.0" con l'Ente gestore di tale progettualità.

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.

Inizio e termine del procedimento

L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda e si concluderà entro 180 giorni.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento e alla diffusione dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data _____

IL DICHIARANTE
