



UNIONE dei COMUNI  
Arcevia Barbara Ostra  
Ostra Vetere Senigallia  
Serra de'Conti Trecastelli  
*Allegato B*

**ALL'UNIONE DEI COMUNI  
LE TERRE DELLA MARCA SENONE  
UFFICIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE  
SERVIZI SOCIALI COORDINAMENTO D'AMBITO**  
Piazza Roma 23  
Trecastelli (AN)

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON  
AUTOSUFFICIENTI — ANNUALITÀ 2025**

*Deliberazioni della Giunta Regionale n. 1496/2023 e n.848/2024*

Il/La sottoscritto/a .....:  
Codice Fiscale .....  
nato/a il ..... a .....  
residente a ..... via ..... n. ....  
Tel. .... Cell. .... Mail. ....



**(IMPORTANTE!!! INDICARE SEMPRE ALMENO UN RECAPITO TELEFONICO)**

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza, secondo quanto definito nell'Avviso pubblico
- familiare convivente con l'anziano o che si occupa della sua cura 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./sig.ra .....

..... persona anziana in  
condizione di non autosufficienza nato/a il ..... a .....  
residente a..... via ..... n. ....  
Codice Fiscale ..... Tel .....

**CHIEDE**

di poter partecipare alla procedura per l'assegnazione dell'Assegno di Cura – annualità 2025 – in favore di anziani non autosufficienti.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà soggetto alla conseguenza di cui al Codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

Che la persona anziana in situazione di non autosufficienza:

- ha compiuto 65 anni di età alla data del 01/01/2025;
- è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100% attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento, come da documentazione allegata;
- usufruisce di un'adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:
  - a.  direttamente da un familiare;
  - b.  con l'aiuto di assistenti familiari in possesso di regolare contratto di lavoro domestico;
- non usufruisce delle prestazioni afferenti al Progetto "Home Care Premium"
- non usufruisce del servizio di assistenza domiciliare SAD erogato dall'Unione dei Comuni;
- non frequenta il Centro Diurno Alzheimer per più di tre giorni a settimana;
- non risiede in una Struttura Residenziale;
- che il valore ISEE ordinario in corso di validità è di € \_\_\_\_\_;

**DICHIARA INOLTRE:**

- di aver preso visione e quindi accettare integralmente, senza condizione o riserva alcuna, tutte le disposizioni e condizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di essere consapevole che l'Unione dei Comuni procederà ai sensi della vigente normativa, ad effettuare controlli anche a campione e in presenza di ragionevole dubbio, in merito alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate ai fini della presente istanza;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ai sensi del G.D.P.R. 2016/679, nonché ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.;
- di impegnarsi a comunicare, all'ufficio competente, per iscritto eventuali variazioni di indirizzo o recapito come sopra indicati, consapevole che la mancata comunicazione della variazione di domicilio è diretta responsabilità dell'aspirante ed esime l'Unione dei Comuni da ogni e qualsiasi responsabilità relativa alla mancata comunicazione di notizie in ordine ai procedimenti attivati.

Allega alla presente:

- Attestazione ISEE Ordinario in corso di validità;
- copia di un valido documento di riconoscimento del potenziale beneficiario dell'assegno di cura;
- copia della certificazione di invalidità civile pari al 100% attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- altro (*specificare*) \_\_\_\_\_.

**Il Richiedente**

---



Di seguito vengono indicate le modalità di invio o presentazione della domanda:

- consegna a mano, nel proprio Comune di residenza, nei rispettivi orari di apertura al pubblico (farà fede il timbro di accettazione dell'Ufficio Protocollo);
- Posta Elettronica Certificata all'indirizzo [protocollo@pec.letterredellamarcasenone.it](mailto:protocollo@pec.letterredellamarcasenone.it)

In caso di consegna a mano: la firma del dichiarante viene apposta davanti al dipendente addetto alla ricezione senza autenticazione della sottoscrizione.

Lo Sportello Territoriale Sociale del Comune di \_\_\_\_\_ ha ricevuto la domanda intestata a \_\_\_\_\_ per l'avviso pubblico Assegno di Cura per anziani non autosufficienti - annualità 2025 in data \_\_\_\_\_.

Firma richiedente

\_\_\_\_\_

Per ricevuta: Firma Addetto alla Ricezione

\_\_\_\_\_

*Allegare documento di identità in corso di validità*