

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – anno 2025**

All'ATS 4 - Urbino

Al PUA (Punto Unico di Accesso) 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 della persona anziana (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 2025

(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 01.01.2025 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
 - da assistente domiciliare privato
6. (*barrare la voce che interessa*)
 - non usufruisce o si impegna a rinunciare al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), in caso di ammissione al beneficio richiesto
 - non usufruisce o si impegna a rinunciare ai benefici relativi al progetto Home Care Premium gestito dall'INPS, in caso di ammissione al beneficio richiesto
 - non usufruisce o si impegna a rinunciare all'intervento economico relativo alla "Disabilità gravissima", in caso di ammissione al beneficio richiesto
 - non usufruisce o si impegna a rinunciare al progetto "Vita indipendente", in caso di ammissione al beneficio richiesto
 - non usufruisce o si impegna a rinunciare all'intervento "Sostegno e ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare", in caso di ammissione al beneficio richiesto

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*):

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

