

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – anno 2026

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) o soggetto delegato;
- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno che si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di accesso all'Assegno di Cura per l'anno 2026
(*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 _____

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

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ (____) CAP _____

in Via/Piazza _____

di seguito denominato **beneficiario**;

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 01.01.2026 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 in possesso di un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) ☐ ORDINARIO ☐ SOCIO SANITARIO, in corso di validità, pari ad Euro _____, come attestato nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con numero di protocollo INPS-ISEE-2026 _____
6. è attualmente assistito:
(barrare la voce che interessa)
 - ☐ direttamente dalla famiglia
 - ☐ da assistente domiciliare privato

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali





- ☐ 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

- ☐ Riscossione diretta presso la tesoreria del Comune di Urbino vincolata a relativa delega;
- ☐ Accredito su c/c intestato al beneficiario dell'assegno di cura, al seguente IBAN:

[illegible]

- 1) Copia di un valido documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- 2) Copia del verbale di invalidità civile del beneficiario;
- 3) Copia di documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento del beneficiario;



Un. Montana



Coordinatore - 0722 309353
Assistenti Sociali - 0722 309391
Ufficio Amministrazione - 0722 309 269/282
Amministrazione/Contabilità - 0722 309225

Via Puccinotti, 3 - 61029 Urbino (PU)
ats4@comune.urbino.ps.it
www.comune.urbino.pu.it/amministrazione/aree-amministrative

- 4) Fotocopia del codice IBAN del conto corrente bancario o postale del/degli intestatari dello stesso. Non sarà possibile procedere all'erogazione del contributo ai soggetti titolari di conto corrente postale associato a libretto.
- 5) Eventuale Delega per la riscossione dell'assegno - allegato Modulo 3.

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

- 6) copia del contratto di lavoro;
- 7) copia 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



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello sul M.



Montecalvo in F.



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



Un. Montana