



**ALLEGATO A**

## **DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASSEGNO DI CURA**

*(barrare il caso che ricorre)*

- per assistenza svolta da *care giver* familiare
- per assistenza svolta da assistente familiare a pagamento esterno alla famiglia

Io sottoscritto/a ..... nato/a a ..... Prov. .... il ..... e  
residente a ..... Prov. ... in Via..... n° .....  
Tel.....C.F.....

### **CHIEDO L'AMMISSIONE ALL'ASSEGNO DI CURA**

- per me stesso/a
- per la persona assistita: Sig./Sig.ra .....

In qualità di .....

Munito di delega e fotocopia del Documento di Identità.

nato/a a ..... Prov. ... il ..... e residente a .....

Prov. ... in Via ..... n° ..... Tel. ....

C.F. ....

e, a tal fine, consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del DPR 445/00 e ai sensi dell'art. 47 del citato DPR

### **DICHIARO (barrare il caso che ricorre)**

- che la situazione economica dell'anziano assistito (valore ISEE ristretto) è quella che risulta dalla documentazione allegata.
- che la persona che svolge il compito di *care giver* familiare è il/la:  
Sig./Sig.ra..... nato/a a .....  
il.....e residente a.....in Via.....n°.....  
Tel. .... grado di parentela o affinità ..... che si impegna a  
fornire l'assistenza come definito nel Progetto Assistenziale Personalizzato allegato.
- che per assistenza svolta da assistente familiare a pagamento esterno alla famiglia è stato stipulato regolare contratto di lavoro con il/la Sig/Sig.ra .....  
nato/a a..... il ..... e residente a .....

in Via ..... n°..... Tel. .... Cell.....  
con decorrenza dal ..... e sino al ..... per un monte ore settimanali  
pari a ..... e per un importo lordo (comprensivo di oneri) di €..... mensili.

Dichiaro che, in caso di assenza dell'assistente familiare titolare, comunicherò all'Amministrazione i riferimenti identificativi dell'eventuale persona assunta in sostituzione (generalità, data di nascita, qualifica, ecc.).

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole del fatto che il contributo ha carattere di misura temporanea, per la durata stabilita nel Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili. In caso di risorse insufficienti verrà stilata una specifica graduatoria.

Luogo e data .....

Firma.....

### MODALITA' DI RISCOSSIONE

Il pagamento delle somme eventualmente erogate avverrà con le seguenti modalità, esonerando espressamente l'Ente da ogni e qualsiasi responsabilità al proposito o costo aggiuntivo:

- Incasso diretto da parte del beneficiario dell'assegno di cura
- Delega alla riscossione a \_\_\_\_\_

Per mezzo di:

- Quietanza diretta
- Accredito su C/C Bancario o Postale intestato a proprio nome o cointestato a

\_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Cod. Paese	Check digit	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente
--	--	--	----	----	-----

Si prega di verificare la corretta e completa compilazione del Codice IBAN, composta da 27 caratteri alfa-numeric.

Il/la sottoscritto/a, in caso di accoglimento della presente, si impegna infine a segnalare al destinatario dell'istanza, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati e delle condizioni dichiarati.

Luogo e data .....

Firma.....

*Nell'impossibilità di firma da parte del beneficiario, firma del familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno.*

**Documentazione da allegare:**

- Attestazione ISEE ristretto.
- Nel caso di assistente familiare a pagamento esterno alla famiglia copia del contratto di lavoro, domanda di iscrizione all'INPS da parte del datore di lavoro per lavoro domestico e copia delle ultime ricevute dei versamenti dei contributi all'INPS.
- Copia di eventuale certificazione d'invalidità del titolare della prestazione.
- Progetto assistenziale personalizzato (Allegato B).
- Dichiarazione o attestazione della riduzione dell'orario di lavoro (in caso di *care giver*).

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

A norma dell'art. 38 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

- È stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
- È pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Luogo e data .....

Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione

.....