



CITTA' DI POTENZA  
Unità di Direzione Servizi alla Persona  
Ufficio Servizi Sociali

## ASSEGNO DI CURA TIPO "B"

*(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o di assistenti familiari)*

### Modulo di domanda

|                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| Al Sig. Sindaco del Comune di _____ | prot. n° _____ |
| _____                               | del _____      |

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (*titolare, familiare*)

### *fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"*

*(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)*

Per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto

### **dichiara**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

### **1. Dati generali**

**a.** che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

**b.** che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che il valore dell'I.S.E.E 2016 del nucleo familiare della persona non autosufficiente è di € \_\_\_\_\_;
- f. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

## 2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

(Parte da compilare solo nel caso che la famiglia si avvalga a titolo oneroso di familiare o assistente familiare o di altra persona)

### A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

### B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_, iscritta al Registro Regionale \_\_\_\_\_ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° \_\_\_\_\_, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## 3. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:**

- Beneficiario (non autosufficiente)
- Richiedente

**con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_  
 cod. IBAN \_\_\_\_\_

## 4. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;

b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

c) il decesso;

d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

e) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

- Annotazione estremi documento di identità \_\_\_\_\_
- Allegata copia del documento di identità \_\_\_\_\_

#### IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2016 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso Pubblico, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di uno o più assistenti familiari (Assegno di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante.

#### Informativa Privacy

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza e della Azienda U.S.L., cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente l'Assegno di cura, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune o dall'Azienda U.S.L., i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE), nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'assegno di cura, nonché dei dati socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)