

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – 16^ ANNUALITA' (anno 2026).

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via _____ n. ____ tel. _____

Email _____

in qualità di (barrare la voce che interessa):

☐ persona non autosufficiente riconosciuta invalida al 100% e in possesso di indennità di accompagnamento;

oppure

☐ familiare che si occupa della sua cura, anche non convivente, e che si impegna alla sottoscrizione del Patto Assistenziale;

☐ soggetto incaricato della tutela dell'anziano (amministratore di sostegno, tutore, curatore) in caso di incapacità temporanea o permanente

per il/la:

Sig./ra _____ (persona anziana in situazione di non autosufficienza)

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via _____ n. ____ tel. _____

Email _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo "assegno di cura" 16^ annualità (anno 2026) per 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 ss.mm. ii. 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 il/la sottoscritto/a o la persona anziana in situazione di non autosufficienza:

☐ è residente nel Comune di _____ e ivi domiciliato;

☐ ha compiuto il 65° anno di età o che compirà 65 anni di età entro la data di scadenza dell'avviso pubblico;

☐ è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100% riconosciuta dalla competente Commissione Sanitaria in data _____ e di usufruire di assegno di accompagnamento;

☐ usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:

a. direttamente da un familiare;

b. con l'aiuto di assistente familiare privata in possesso di regolare contratto di lavoro domestico.

☐ di essere in possesso di attestazione I.S.E.E Sociosanitario in corso di validità di € _____;

☐ DI ESSERE consapevole che le informazioni assunte dagli Enti in relazione al procedimento sono soggette alle norme sulla riservatezza dei dati e di autorizzare gli Enti al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Ue 2016/679;

Allega alla presente:

☐ attestazione I.S.E.E. Sociosanitario, in corso di validità e secondo la normativa vigente (DPCM n.159 del 5/12/2013);

☐ copia del verbale di invalidità civile attestante sia la certificazione di invalidità pari al 100% sia il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

☐ altra idonea documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (es. *copia del provvedimento del giudice di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, oppure copia di successiva comunicazione dell'INPS da cui si evince il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento*);

☐ copia del contratto dell'assistente domiciliare privata (se presente);

☐ copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario, se diverso dal richiedente.

FIRMA

Luogo e data _____
