Spett. le

**CISA OVEST-TICINO**

Via B. Gambaro n. 47

28068 Romentino (NO)

**Oggetto:** **Richiesta assegno di cura per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

lo sottoscritto ........................................................................ nato il ................... a................................. (Prov.….....) con residenza nel Comune di ....................................... in Via ....................................................... n°......

Codice Fiscale ......................................... tel. ............................. Cell. .........................

**DICHIARO**

**la volontà di assumere la responsabilità dell'accudimento, a domicilio, del disabile già riconosciuto invalido civile al 100%.**

Sig. ................................................................ nato il ........................ a ............................. (Prov. .......) con residenza nel Comune di ........................... in Via .............................. n°........ ed eventuale domicilio nel Comune di ………………. in Via ......................................... n°... Codice Fiscale ................................... tel. ..................

con il quale è vincolato dalla seguente parentela (specificare)............................. o affinità (specificare)................................

**RICHIEDO L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI CURA**

* con preventiva valutazione da parte del Servizio Sociale del Consorzio della situazione di dipendenza e conseguente impegno assistenziale da garantire al Sig. ............................................... per consentire il mantenimento dello stesso al domicilio.

**ALLEGO**

1. l'I.S.E.E. (Indicatore Situazione Economica Equivalente) del nucleo familiare del beneficiario;
2. i documenti di riconoscimento del beneficiario (C.I./C.F.);
3. il verbale di invalidità;
4. la comunicazione dell’ASL di avvenuta valutazione UVG e del progetto domiciliare;
5. l’IBAN del Conto corrente ***stampato*** dalla Banca o dall’Ufficio Postale;

**Si prega di comunicare tempestivamente il decesso del beneficiario e il cambio di IBAN a qualsiasi titolo inviando la stampata del nuovo IBAN. In caso di decesso occorrono i documenti (C.I./C.F.) dell’erede, la stampata del nuovo IBAN, il Certificato di morte e la dichiarazione di unico erede o di consenso alla riscossione da parte degli altri eredi.**

..............................., il .............................

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa Privacy**

Il titolare del trattamento dei dati è il Consorzio CISA Ovest-Ticino.

I dati personali raccolti verranno trattati dal Consorzio per lo svolgimento dei servizi socio-assistenziali.

Il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile attivare i servizi proposti.

I dati non saranno diffusi.

Potranno venire a conoscenza dei dati personali trattati i dipendenti ed i collaboratori, anche esterni, del Titolare ed i soggetti che forniscono servizi strumentali. Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

All’interessato sono riconosciuti i diritti previsti dalla legge ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l’aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l’opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima.

Per l’esercizio di tali diritti, l’interessato può rivolgersi al Titolare o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) i cui contatti sono disponibili sul sito istituzionale alla voce “Privacy”.

**ASSEGNO DI CURA DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE DI IMPEGNO FORMALE DEL BENEFICIARIO**

Io sottoscritto .......................................................... nato il .................. a ............................................... (Prov. ...…) con residenza nel Comune di ..................................... in Via ........................................... n. …….

**Ai fini della concessione dell'assegno di cura quale responsabile dell'accudimento dell'assistito**

Sig. ................................................ nato il ........................ a …….…………..……… (Prov. ...…) residente nel Comune di ................................ (Prov. ...…) in Via ............................... n. ……. ed eventuale domicilio a.............................................. (Prov……) in Via ........................................................................................... n. …….

**DICHIARO**

l) di aver preso visione del programma assistenziale, effettuato dalla Assistente Sociale incaricata, relativa alla situazione dell'anziano e predisposto al fine di favorire la sua permanenza al domicilio;

2) che la composizione del nucleo familiare del beneficiario è la medesima riportata nell’attestazione ISEE Socio - Sanitario allegata alla richiesta di erogazione di assegno di cura.

**MI IMPEGNO**

a) ad accettare la responsabilità di esecuzione del programma assistenziale personalizzato come concordato;

b) a comunicare per iscritto al Consorzio eventuali periodi di ricovero dell'anziano presso strutture sanitarie, socio­sanitarie ed assistenziali superiori ai 20 giorni continuativi;

c) a comunicare per iscritto al Consorzio ogni variazione dei requisiti che danno titolo al percepimento dell'assegno di cura ed assistenza, entro un termine di l O giorni dal verificarsi della variazione;

d) ad adempiere a tutti gli obblighi previdenziali conseguenti nei confronti di eventuali terzi che collaborano alla realizzazione del programma personalizzato predisposto a favore dell'assistito;

**DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

l) l'assegno di cura verrà erogato con cadenza annuale posticipata, fatta salva la consegna al Consorzio della documentazione richiesta;

2) l'erogazione dell'assegno di cura viene temporaneamente sospesa, per i giorni eccedenti, qualora si verifichino periodi di ricovero dell'anziano presso strutture sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali superiori a 20 giorni continuativi;

3)l’erogazione dell'assegno di cura viene sospesa definitivamente dalla data in cui si verifica il venire meno delle condizioni che avevano motivato l'assegnazione del contributo e negli ulteriori seguenti casi:

* destinazione dell'assegno di cura a scopi diversi da quelli concordati;
* mancato rispetto della normativa vigente in materia previdenziale rispetto ai collaboratori terzi reperiti per garantire adeguata assistenza al familiare;

4) verranno effettuate verifiche, con cadenza annuale, a cura del Servizio Sociale del Consorzio,

5) il Consorzio si riserva di eseguire, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;

6) il beneficiario dell'assegno di cura, le cui dichiarazioni risultassero mendaci, oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalla normativa vigente, è tenuto alla restituzione al Consorzio delle somme indebitamente percepite;

7) il Consorzio è esonerato da ogni e qualsiasi eventuale responsabilità civile e/o penale nei rapporti tra il sottoscritto e l'anziano destinatario dell'assegno di cura.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiarazione raccolta dalla Assistente Sociale incaricata