

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA LISTA DI ATTESA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTA AD ANZIANI AFFETTI DA
ALZHEIMER O DA ALTRE FORME DI DEMENZA – ANNO 2022**
(DGR n. 1482 / 2021)

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____ nato/a _____ (____) il
_____ residente a _____ (____) CAP _____ in (indicare
via/contrada o piazza) _____ n. _____, telefono _____, e-mail _____

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*:

- ☐ familiare (entro il quarto grado) dell'anziano/a;
☐ soggetto (tutore/curatore/amministratore di sostegno) incaricato alla tutela della persona anziana;

**presenta domanda di accesso all'assistenza domiciliare rivolta ad anziani affetti da Alzheimer o da altre forme di
demenza – anno 2022 per :**

Il/La Signor/Signora _____
codice fiscale _____ nato/a _____ (____) il
_____ residente a _____ (____) CAP _____ in (indicare
via/contrada o piazza) _____ n. _____, telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ (____) CAP _____ in (indicare
via/contrada o piazza) _____ n. _____, telefono _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO:

1. È residente in uno dei Comuni dell'ATS n.15 ed ivi domiciliato.
2. Ha compiuto 65 anni.
3. È in possesso di certificazione di invalidità civile pari o superiore al 67%.
4. E' provvisto/a di certificazione prodotta dal Medico di Medicina Generale o del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze – Asur Marche (CDCD – ex UVA) attestante la patologia di Alzheimer o altre forme di demenza.
5. E' consapevole che non saranno ammesse all'assistenza domiciliare rivolta ad anziani affetti da Alzheimer o da altre forme di demenza – anno 2022, le persone che non sono in possesso di apposita certificazione, prodotta dal Medico di Medicina Generale o del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD – ex UVA) attestante la patologia di Alzheimer o altre forme di demenza.

6. Di essere provvisto di Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di ISEE, a norma del DPCM159/2013 e ss.mm.ii.
7. Di essere consapevole che la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.
8. Di aver preso visione dell'avviso pubblico in particolar modo delle modalità di accesso all'assistenza domiciliare a favore di anziani affetti da Alzheimer o altre forme di demenza.
9. Di essere consapevole che l'intervento sarà erogato solo successivamente alla valutazione dell'Assistente Sociale incaricata e fino ad esaurimento del budget disponibile.
10. In aggiunta a quanto precedentemente dichiarato, precisa:
 - a. Di aver presentato domanda di accesso all'assegno di cura anno 2022;
 - b. Di **non** aver presentato domanda di accesso all'assegno di cura anno 2022.
11. Dichiaro, altresì:
 - ☐ Di **non** essere beneficiario di servizi socio – assistenziali rivolti ad anziani riconosciuti dal Comune di residenza (es. SAD comunale).
12. Riguardo al Progetto "Home Care Premium effettuato dall'INPS " dichiaro:

<input type="checkbox"/>	Di essere beneficiario/a di uno o più interventi previsti dal Progetto HCP
<input type="checkbox"/>	Di NON essere beneficiario/a di uno o più interventi previsti dal Progetto HCP
<input type="checkbox"/>	Di aver presentato la domanda di accesso ai servizi previsti dall'HCP
<input type="checkbox"/>	Di NON aver presentato la domanda di accesso ai servizi previsti dall'HCP

13. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.
(es. ingresso permanente in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di residenza o di domicilio, ecc).
14. Di impegnarsi a presentare entro il 31 Marzo di ogni anno la DSU in corso di validità

Allega alla presente:

- ☐ Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), attestante la richiesta di ISEE (ISEE Socio-sanitario), a norma del DPCM159/2013 ss.mm.ii;
- ☐ Copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità, del dichiarante e dell'anziano/a;
- ☐ Copia del verbale di invalidità civile;
- ☐ Copia dell'attestazione prodotta dal Medico di Medicina Generale o attestante la patologia di Alzheimer o del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD – ex UVA) altre forme di demenza.
- ☐ Informativa privacy/trattamento dati personali debitamente sottoscritta.

Luogo e Data _____

IL DICHIARANTE
