

**ISTANZA PER L' ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
ANNO 2026**

Il sottoscritto/a
 Codice Fiscale.....
 nato/a il a
 residente a via n.
 Tel.....

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

- ☐ persona anziana in situazione di non autosufficienza
☐ familiare (entro il 4° grado) o affine (entro il 2° grado) anche non convivente
☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno;

per il/la sig./sig.ra

persona ultrasessantacinquenne in situazione di non autosufficienza in possesso di indennità di accompagnamento

Codice Fiscale
 nato/a il a
 residente in via Tel
 di essere domiciliato (ai fini della visita domiciliare) in
 via..... Tel

CHIEDE DI BENEFICIARE DELL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni amministrative e della responsabilità penale, cui può andare incontro ai sensi degli articoli 75 e 76 del citato decreto in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

1. ha compiuto il 65° anno di età/compirà 65 anni entro la data di scadenza dell'Avviso – *barrare la dicitura che non interessa*
2. è stata dichiarata non autosufficiente ed è in possesso della certificazione di invalidità pari al 100%;
3. è titolare di indennità di accompagnamento, certificato di iscrizione n. rilasciato il
4. è in carico al servizio S.A.D.: ☐ Sì ☐ No
5. è in carico al progetto HCP: ☐ Sì ☐ No
6. di essere consapevole che il contributo è alternativo, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità a:
 - “Disabilità gravissima”
 - Progetto “Vita Indipendente” anche di cui alla LR 21/2018
 - Contributo denominato “Sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare”
7. è residente in uno dei comuni dell'ATS XX;
8. usufruisce di un'adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:
 - ☐ direttamente da un familiare;
 - ☐ con l'aiuto di assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro, iscritti al registro regionale o comunque formata nelle modalità indicate dalla Regione.

DICHIARA

Di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'erogazione dell'assegno di cura per l'annualità 2026 e di conoscere tutte le prescrizioni in esso contenute, in particolare:

⇒ di essere a conoscenza, se è in atto il ricorso per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, che ai fini dell'ammissione all'assegno di cura è necessario che l'indennità di accompagnamento venga riconosciuta prima dell'approvazione della graduatoria definitiva. Qualora alla scadenza del predetto termine l'anziano assistito non sia ancora titolare dell'indennità di accompagnamento, la presente domanda di assegno di cura decade e si procede allo scorrimento della graduatoria.

⇒ individuazione del numero degli assegni disponibili e quindi del numero dei beneficiari finanziabili a seguito dell'assegnazione e liquidazione da parte della Regione Marche all'ATS XX della quota di FNA spettante per l'anno 2026.

- Di impegnarsi, in caso di accoglimento dell'istanza, a comunicare nel termine di 10 giorni e comunque ogni qualvolta l'ATS XX lo richieda, ogni variazione che dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (es. ingresso in struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o domicilio, etc.).

Di essere a conoscenza che è autorizzato a riscuotere il contributo:

- In riferimento alla prima ipotesi si precisa che l'anziano dovrà essere intestatario o cointestatario di un conto corrente bancario o postale; in alternativa, l'anziano potrà indicare una persona appositamente delegata, ai sensi dell'art. 21 comma 2 del D.P.R. 445/2000.

☐ Conto corrente postale

presso Agenzia/filiale di.....

intestato a.....

Codice IBAN:

[illegible]

Allega alla presente:

- N.B. la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, così come tutte le altre dichiarazioni fornite, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli ai sensi di legge.

Data e luogo:

Il richiedente

.....