

## ALLEGATO B

## MODELLO DI DOMANDA

La domanda di ammissione alla selezione di 9 persone con più di 65 anni, da coinvolgere in un progetto sperimentale a valere sulla linea di investimento Piano Nazionale Resilienza e Recupero (PNRR) Missione 5 "Inclusione e coesione" Sotto Componente 1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, Investimento 1.1 Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Sub Investimento 1.1.2 - Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani CUP G84H22000060006, può essere presentata dall'interessato o da tutore/curatore/amministratore di sostegno munito di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria quando l'interessato sia impossibilitato.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono (*obbligatorio*): \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE*****l'ammissione alla selezione per il progetto sperimentale***

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

persona con più di 65 anni (allegare *documento di identità in corso di validità*).

tutore/curatore/amministratore di sostegno per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, persona ultrasessantacinquenne non autosufficiente o con un grado di invalidità medio grave (*allegare provvedimento di nomina e documento di identità in corso di validità*).

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000

**DICHIARA, per sé o per il proprio assistito:**

- che il nucleo familiare per il quale si chiede l'ammissione al beneficio è così composto:

Cognome nome	Grado di parentela	Data e luogo di nascita	Attività lavorativa

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico \_\_\_\_\_;

- di essere in possesso dei seguenti requisiti necessari per la partecipazione:

**a.** di avere la residenza nell'Ambito Territoriale Sociale 10 e/o nella provincia di Ancona;

**b.** di aver compiuto 65 anni di età alla data di presentazione della domanda;

**c.** di essere nella seguente condizione (*barrare la voce che interessa*):

Disponibilità a vivere in coppia con un altro soggetto anziano over 65 (es. coniuge, fratello/sorella, etc.).

Disponibilità a partecipare come soggetto singolo

(*barrare se applicabile*) Ai fini della valutazione delle condizioni cliniche e funzionali allega la seguente documentazione:

---



---



---

**d.** di essere capace di manifestare la volontà di intraprendere un percorso di "assistenza domiciliare" **sperimentale** rispetto al tradizionale servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale;

**e.** di essere cittadino (*barrare la voce che interessa*):

*italiano/a;*

*di uno Stato aderente all'Unione Europea (indicare la nazionalità)\_\_\_\_\_;*

*di un paese che non aderisce all'Unione Europea (indicare la nazionalità)\_\_\_\_\_titolare di permesso di soggiorno UE soggiornanti di lungo periodo (allegare carta di soggiorno);*

*di un paese che non aderisce all'Unione Europea (indicare la nazionalità\_\_\_\_\_ ) titolare di permesso di soggiorno di durata almeno biennale (allegare permesso di soggiorno) e di esercitare una regolare attività lavorativa subordinata o autonoma (specificare in modo dettagliato luogo e datore di lavoro) così come previsto dall'art. 27 Legge n. 189/2002;*

*titolare di protezione internazionale, di cui all'art. 2 del D. Lgs 19 novembre 2007 n. 251 e s.m.i. (status di rifugiato politico e status di protezione sussidiaria)*

f. condizione economica dell'anziano e della sua famiglia (la disponibilità o meno di risorse economiche non rappresenta una condizione di esclusione). A parità di bisogno si valuterà la situazione personale attraverso l'indicatore della situazione economica ISEE al fine di valorizzare l'utente in condizioni economiche più svantaggiate.

Per la definizione del nucleo familiare ai fini ISEE valgono le disposizioni di cui alla normativa vigente.

In caso di dichiarazione ISEE con redditi pari a zero, l'interessato dovrà produrre apposita dichiarazione sostitutiva di notorietà attestante le fonti di sostentamento del nucleo familiare;

Il modello isee dovrà essere presentato entro il 28 febbraio di ogni anno;

L'Assegnatario si impegna a presentare nuovo ISEE anno 2026 entro il 28/02/2026;

g. di non aver riportato negli ultimi dieci anni dalla data di pubblicazione del bando, a seguito di sentenza passata in giudicato, ovvero di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del Codice di procedura penale, condanna per delitti non colposi per i quali la legge prevede la pena detentiva non inferiore nel massimo edittale a due anni. Il requisito, non si applica nell'ipotesi di intervenuta riabilitazione di cui agli articoli 178 e 179 del Codice penale.

I requisiti generali di cui alla lettera h) sono posseduti da tutti i componenti del nucleo familiare esistente e dichiarato al momento della presentazione della domanda e debbono permanere al momento dell'assegnazione e successivamente nel corso della locazione.

h.  di essere già assegnatario di un alloggio di edilizia residenziale pubblica. In caso di ammissione alla sperimentazione il beneficiario dovrà provvedere alla scelta tra le due soluzioni, formulando formale rinuncia ad una di esse;

#### **DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

- la concessione del beneficio di cui al presente bando è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;
- l'ATS 10 è tenuto a procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 e che in caso di dichiarazioni non veritiere il dichiarante decade dai benefici conseguenti a detta dichiarazione;
- ai sensi dell'art. 76 del D.P. R. 445/2000, in caso di dichiarazione mendace verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti.

#### **SI IMPEGNA**

- a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.
- Qualora il cittadino non informi il Servizio Sociale competente delle variazioni intervenute, lo stesso decade immediatamente dal beneficio concessogli ed incorre nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi attualmente vigenti in materia. In tal caso l'Ente ha facoltà di rivalsa per le somme equivalenti ai servizi indebitamente percepiti;
- al rispetto di quanto previsto nell'avviso pubblico oggetto della domanda;

### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:**

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte dell'Ambito Territoriale 10, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Si allegano:

*(barrare le caselle relative ai documenti prodotti)*

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato;
  - Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
  - Eventuale Verbale di certificazione di disabilità media, grave o non autosufficienza come definite dalla Tabella Allegato 3 al Regolamento ISEE;
  - Certificazione ISEE riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità;
  - Ogni eventuale altro documento ritenuto utile al fine della valutazione della domanda:
- 
- 

Fabriano, lì

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
**(firma per esteso e leggibile)**