





- qualora l'anziano abbia usufruito di SAD comunale, progetto "Home Care Premium" o dell'Assistenza Domiciliare Indiretta per over 65 in condizione di "particolare gravità", per tutto il periodo di coincidenza tra uno degli interventi in elenco e l'assegno di cura, il contributo dell'assegno di cura non verrà erogato.
- in caso di presenza di Assistente Familiare la stessa dovrà presentare al momento della sottoscrizione del Patto l'impegno formale ad iscriversi all'Elenco degli Assistenti Familiari gestito presso i CIOF – Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione, entro 12 mesi dalla concessione del beneficio.
- l'erogazione dell'Assegno di Cura è subordinata al trasferimento delle relative risorse da parte della Regione Marche per l'anno 2016.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196 del 30.06.2003 e sottoscrive l'informativa allegata.

Allega alla presente:

- Attestazione ISEE Ordinario
- Ricevuta della avvenuta presentazione della DSU
- Copia del contratto individuale di lavoro dell'Assistente Familiare *(facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura per l'anno 2015)*
- Copia del verbale di invalidità civile 100% con indennità di accompagnamento o del riconoscimento assegno per assistenza personale e continuativa Inail *(facoltativo in caso di anziano beneficiario dell'assegno di cura per l'anno 2015)*
- Copia di un valido documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
- Documentazione attestante l'avvenuta iscrizione dell'Assistente Familiare all'Elenco Regionale gestito dal CIOF o dichiarazione attestante la motivazione della mancata iscrizione.
- Altro (specificare)  
.....  
.....

Luogo e data.....

**Il Richiedente** .....

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE LA MANCATA ISCRIZIONE**

**AL REGISTRO ASSISTENTI FAMILIARI PRESSO IL CIOF**

Il sottoscritto ..... nato a .....

Il ..... Residente a ..... in via .....

In qualità di:

beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2016

richiedente il contributo per conto del beneficiario dell'Assegno di Cura anno 2016, Sig.  
.....

Dichiara che l'Assistente Familiare, assunto con regolare contratto, non si è iscritto al Registro Assistenti Familiari gestito dal Centro per l'Informazione e l'Orientamento per la seguente motivazione:

.....  
.....  
.....

**E' consapevole che l'iscrizione al registro è requisito previsto dalla DGR 328 del 2015.**

**Luogo e data .....**

**Il Richiedente**

.....