



REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



ULSS6
EUGANEA

AZIENDA ULSS N. ____ - DISTRETTO S.S. N. _____

COMUNE DI _____

Caregiver Familiari

Interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA ED ASSISTENZA

CAREGIVER FAMILIARI (DM 27 ottobre 2020) DGR n. 295 DEL 16/03/2021

Al Direttore del
Distretto socio-sanitario n. _____
dell'Azienda ULSS n. _____

oppure

Al Sindaco del Comune di

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a _____ () il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ ()

in via _____ n. _____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

cellulare |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| email _____

in qualità di:

familiare (convivente, non convivente) (grado di parentela: _____)

**PRESENTA DOMANDA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E
ASSISTENZA DESTINATI AI CAREGIVER FAMILIARI**

Persona assistita:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ () il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ ()

in via _____ n. _____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

compilare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ ()

in via _____ n. _____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _

per la seguente tipologia di intervento a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari :

Gli interventi si caratterizzano in base ai criteri definiti dalla DGR n. 1338/2013 e dalle successive DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015, DGR n. 571/2017, DGR n. 946/2017, DGR n. 670/2020 e DGR n. 1174/2021 nonché, in particolare per gli interventi A.2 e A.3, quelli previsti dalle DGR n. 1859/2006, DGR n. 84/2007, DGR n. 394/2007, DGR n. 457/2007, DGR n. 1133/2008, DGR n. 244/2015, DGR n. 1103/2019, ed infine dalla DGR n. 1304 del 2021

Intervento A.1 - destinato a caregiver che seguono persone in condizione di disabilità gravissima tenendo conto anche dei fenomeni di insorgenza anticipata

- Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o di persone con disturbi neurosensoriali che necessitino di supervisione ed assistenza continuativa (**CGmgs**)
- Caregiver di persona in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore (**CGa**)
- Caregiver di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (**CGsla**)
- Caregiver di persona con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGp**)
- Caregiver di persona con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGf**)

Intervento A.2 - destinato a caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali

- Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o di persone con disturbi neurosensoriali che necessitino di supervisione ed assistenza continuativa (**CGmgs**)
- Caregiver di persona in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore (**CGa**)
- Caregiver di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (**CGsla**)
- Caregiver di persona con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGp**)
- Caregiver di persona con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGf**)

- Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza (**CGm**)
- Caregiver di persona non autosufficiente o con disabilità che non rientra nella condizione di disabilità gravissima (**CGb**)

Intervento A.3 destinato ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita

- Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o di persone con disturbi neurosensoriali che necessitano di supervisione ed assistenza continuativa (**CGmgs**)
- Caregiver di persona in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore (**CGa**)
- Caregiver di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (**CGsla**)
- Caregiver di persona con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGp**)
- Caregiver di persona con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGf**)
- Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza (**CGm**)
- Caregiver di persona non autosufficiente o con disabilità che non rientra nella condizione di disabilità gravissima (**CGb**)

a tal fine,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

dichiara

- di garantire ed assicurare adeguata assistenza a favore della persona assistita presso il domicilio e di accettare le modalità di designazione e di accettazione del ruolo di caregiver familiare ai fini dell'utilizzo delle risorse;
- la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona assistita, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona assistita, con le seguenti modalità:
 - disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- che il proprio è un nucleo familiare: monoparentale *oppure* composto da più persone;
- che gli anni di effettiva convivenza ed assistenza con la persona assistita ammontano a _____;
- che a riprova della conciliabilità dell'attività lavorativa con le ore di assistenza al familiare le ore lavorative del richiedente ammontano a _____ al giorno;
- di essere a conoscenza che la mancata presentazione dell'attestazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali comporta l'esclusione dal beneficio;

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti saranno gestiti nel rispetto del GDPR 2016/679 da tutti gli enti coinvolti.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'accesso agli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale o dalle UVMD distrettuali, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR n.1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri degli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- b) Finalità funzionali alla gestione degli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari e degli adempimenti che da esso dipendono.
- c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alla programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organismi di vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda.

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICG nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,

(luogo e data)

Il dichiarante
(firma leggibile)

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL
RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATI AI CAREGIVER FAMILIARI**

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01.Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
02.Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
04.Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
05.Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
10.Disponibilità cibo in casa	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
11.Convivenza con animali domestici	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
13.Pulizia della casa	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
14.Riordino della casa	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
15.Riscaldamento (inverno)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
16.Condizionamento (estate)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	

_____ (luogo e data)

_____ Il dichiarante
(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro (_____)

rilasciato da _____ il _____ Numero _____