



## ASSEGNO DI CURA

### MODULO DI DOMANDA

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n. _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

oppure

Al Direttore del Distretto socio-sanitario n. ____ Azienda ULSS n. ____	prot. n. _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (familiare, persona che collabora per l'assistenza, ...)

### presenta domanda di **Assegno di Cura** a favore di

(non autosuff.) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
*(indicare solo se diverso dalla residenza)*  
domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto

## dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

### 1. Dati generali

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) 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 interessata, 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;
- 5) che la famiglia sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte della/e assistente/i familiare/i come da allegato 2;
- 6) l'impegno a presentare entro il semestre corrente e successivamente entro il semestre di ogni anno Dichiarazione Sostitutiva Unica o attestazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata o CUD ricevuto nel caso non sia richiesta la presentazione della dichiarazione dei redditi;
- 7) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;
- 8) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
- 9) che la **persona di riferimento** é:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

## 2. Dati relativi agli assistenti familiari

(parte da compilare solo nel caso che la famiglia si avvalga di assistenti familiari)

### A. Assistenti familiari assunti dalla famiglia

1. L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato assunto/a dal richiedente o da un familiare o da una persona che si occupa della sua assistenza con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:
  - per n. \_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato assunto/a dal richiedente o da un familiare o da una persona che si occupa della sua assistenza con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:
  - per n. \_\_\_\_ ore settimanali di assistenza nel periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**B. Assistenti familiari pagati per il tramite di enti terzi**

1. L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto dalla Ditta (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_, iscritta al registro regionale delle \_\_\_\_\_ (*organizzazioni di volontariato, cooperative sociali*) nella posizione n. \_\_\_\_\_, per il quale il richiedente o un suo familiare sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, svolge di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:

- per n. \_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

2. L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto dalla Ditta (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_, iscritta al registro regionale delle \_\_\_\_\_ (*organizzazioni di volontariato, cooperative sociali*) nella posizione n. \_\_\_\_\_, per il quale il richiedente o un suo familiare sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, svolge di funzioni assistenziali nei confronti della persona non autosufficiente indicata in precedenza:

- per n. \_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

**3. Delega alla riscossione**

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:**

- Beneficiario (non autosufficiente)
- Richiedente

oppure a:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

mediante:

- assegno non trasferibile
- accredito su c/c n. \_\_\_\_\_ banca \_\_\_\_\_ agenzia \_\_\_\_\_, ABI \_\_\_\_\_, CAB \_\_\_\_\_, CIN \_\_\_\_\_.
- mandato di pagamento presso la banca \_\_\_\_\_

#### 4. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodo di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- c) il decesso;
- d) le variazioni rilevanti e stabili del livello di autonomia e del livello delle prestazioni offerte alla persona non autosufficiente (queste variazioni saranno verificate dal Servizio Sociale);
- e) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- f) il cambiamento della persona di riferimento;
- g) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.).
- h) Le variazioni delle modalità di riscossione del beneficio o la delega alla riscossione come da allegato 4.

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Annotazione estremi documento di identità \_\_\_\_\_

Firma apposta dal dichiarante in presenza di \_\_\_\_\_

Allegata copia del documento di identità \_\_\_\_\_

IL Funzionario

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

## INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali **desideriamo informarLa che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione Veneto, del suo Comune di Residenza e della ULSS a cui fa capo il Comune.**

### 1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Assegno di Cura, 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 famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, 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 e/o dell'Azienda ULSS tramite autocertificazioni compilate dal richiedente o dichiarazione dei dati necessari presso gli sportelli preposti al fine di aiutare il richiedente nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono compilati dal medico di medicina generale e dall'assistente sociale o dalle UVMD distrettuali nei casi complessi che possono richiedere una pluralità di interventi. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite il Sistema informativo ISEEnet, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità e della misura dell'Assegno di Cura. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

1. Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
2. Finalità funzionali alla gestione dell'Assegno di Cura e degli adempimenti che da esso dipendono.
3. 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.

### 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, quale 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 intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi 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 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 fare aggiornare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Assegno di cura in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- 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 (Ente erogatore dell'Assegno di Cura)

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'Assegno di cura 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

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_