



REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO



ULSS  
DEDEMONTE

AZIENDA ULSS n. 07 - DISTRETTO S.S. n. 02

COMUNE DI CARRE'

# 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. 02  
dell'Azienda ULSS n. 07

oppure

Al Sindaco del Comune di  
CARRE'

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