



Assessorato alle Politiche Sociali,
Famiglia e Volontariato

COMUNE DI SAN BONIFACIO
(Provincia di Verona)

ASSEGNO di CURA

D.G.R. n. 4135 del 19/12/2006

BENEFICIARI:

- Persone non autosufficienti (anziani, adulti, minori, disabili) assistite a domicilio;

REQUISITI DEL RICHIEDENTE:

- residenza nel Comune di San Bonifacio;
- condizione di non autosufficienza sotto il profilo sanitario e sociale accertata da relativa documentazione;
- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) della situazione economica della famiglia che comprende la persona non autosufficiente per la quale viene richiesto il contributo: (per accedere al contributo per l'anno 2010 I.S.E.E. non superiore ad € 15.444,83 su redditi 2009)

TERMINI PRESENTAZIONE DOMANDA:

La domanda si può presentare in qualsiasi momento dell'anno.

MODULISTICA E DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- modulo domanda (va firmato dal richiedente, più la firma della "Informativa Privacy", allegando una fotocopia fronte-retro di un documento valido d'identità personale);
- fotocopia della tessera sanitaria (cartacea) della persona non autosufficiente e nominativo del medico di base.
- se ci sono assistenti familiari (badanti) assunti dalla famiglia allegare copia del contratto di assunzione con indicati: i dati anagrafici della badante, il numero di ore settimanali, decorrenza dell'assunzione, numero di matricola di iscrizione all'INPS, la categoria/qualifica.
- dichiarazione I.S.E.E. elaborata dai centri di assistenza fiscale (C.A.F):
- fotocopia delle coordinate bancarie/postali di pagamento (codice IBAN) o indicazione dei dati anagrafici completi della persona delegata alla riscossione del contributo.



ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 1/6

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 periodi 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)

ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 6/6

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
