REGIONE DEL VENETO

Logo

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 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 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**)

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 cura 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;

- di essere a conoscenza che saranno attivate, con cadenza almeno trimestrale, forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'intervento a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinati ai caregiver familiari attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI, qualora la persona non autosufficiente sia presa in carico, ovvero effettuati dall'assistente sociale, su disposizione del Comune o dall'ente delegato negli altri casi. L'operatore domiciliare o l'assistente sociale sono incaricati di osservare la situazione familiare, di formulare domande e di accedere ai luoghi dove vengono accudite le persone (es. camera da letto, bagno), tenuti i farmaci e dove vengono conservati i cibi e gli alimenti (frigo, dispensa). La valutazione dell'adeguatezza è soggettiva e deve essere utilizzata solo per eventuale innesco di rivalutazione dei bisogni e del piano assistenziale della persona (es. UVMD) da concordarsi con il case manager (assistente sociale, medico di medicina generale, responsabile cure primarie del distretto);

- che per il controllo verrà utilizzata la 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, i cui contenuti sono portati a conoscenza del richiedente, unitamente all'informazione che le check-list, una volta compilate, verranno inserite nel fascicolo personale dell'utente, presso il Comune (o l'Ente delegato) o il Distretto socio sanitario dell'ULSS di residenza o domicilio;

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) il 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 nonautosufficiente (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 del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

chiede

sollevando l'Ente da ogni responsabilità, che la liquidazione dell'intervento a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinati ai caregiver familiari venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a se medesimo, ed identificato dal seguente codice IBAN:

|__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
nazione controllo CIN ABI CAB numero di CC

_____ _____
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 _____

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 nellegraduatorie 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 della programmazione regionale per la nonautosufficienza.

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 Giudiziaria, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organidi 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	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
02.Situazione vestiario e calzature	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
04.Convivenza con altre persone	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
05.Situazione nutrizionale della persona	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
10.Disponibilità cibo in casa	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
11.Convivenza con animali domestici	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
13.Pulizia della casa	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
14.Riordino della casa	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
15.Riscaldamento (inverno)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
16.Condizionamento (estate)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	❑ si, ❑ no	❑ si, ❑ 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 _____