



Dgr n. 2108 del 2 AGOSTO 2005

ALLEGATO B pag. 1/5

INTERVENTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO IN CASA
PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Al Sig. Sindaco del Comune di _____ prot. n. _____
 _____ del _____
 Trasmessa dal Comune al Distretto Socio-sanitario in data _____

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

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 per:

- LR 28/1991 - Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a Domicilio
- DGR 3630/2002 - Interventi a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari
- LR 5/2001 - Interventi a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali

a favore della persona non autosufficiente _____

nato/a a _____ () il _____
 codice fiscale _____ codice sanitario _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n. _____, telefono _____
 domiciliato/a a (indicare solo se diverso dalla residenza) _____ CAP _____
 Indirizzo _____, n. _____, telefono _____
 Medico di medicina generale dott. _____
 indirizzo _____, n. _____ ()
 Data ____/____/____

IL RICHIEDENTE



Dgr n. 2108 del 2 AGOSTO 2005

ALLEGATO B pag. 2/5

Con riferimento alla domanda di cui alla DGR 3630/2002, Interventi a favore delle famiglie che assistiti in casa persone non autosufficienti con l'aiuto di assistenti familiari, 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 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

- 1) di sostenere gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte della/e assistente/i familiare/i di seguito specificata/e;
- 2) 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;
- 3) che la persona interessata è da considerarsi non autosufficiente in quanto è:
 - in possesso dell'attestazione rilasciata da UVMD di _____ del ___/___/___,
 - in possesso del certificato rilasciato dal medico curante dott. _____ del ___/___/___,
 - beneficiario della LR 28/91 (assegno di cura),
 - nella graduatoria dei beneficiari prevista dalla LR 5/01 e successive modificazioni e integrazioni (assistenza in casa persone con demenza di tipo Alzheimer),
 - in possesso della certificazione per l'accesso ai servizi e prestazioni previste per persone non autosufficienti emessa dalla UVDM di _____ del ___/___/___,
 - beneficiario dell'assegno di accompagnamento,
 - riconosciuto nella condizione di gravità di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.
- 4) che il valore dell'ISEE del nucleo di residenza anagrafica della persona assistita, esclusa soltanto l'eventuale assistente familiare convivente, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, *allegata alla presente domanda*, e riferito ai redditi dell'anno _____, è di € _____;
- 5) di essere a conoscenza che:
 - la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE, di cui al punto 4), comporta l'esclusione dal beneficio in questione;
 - il beneficio in questione è cumulabile con i contributi regionali della legge 28/91;
 - il beneficio in questione **non** è cumulabile con i contributi regionali per le persone con morbo di Alzheimer o altre demenze e gravi disturbi comportamentali;
- 6) che la persona interessata usufruisce dei seguenti interventi e servizi sociosanitari:
 - assistenza domiciliare
 - frequenza di centri diurni
 - contributi regionali della legge 28/91
 - contributi regionali per le persone con morbo di Alzheimer o altre demenze e gravi disturbi comportamentali per i mesi dal _____ al _____;

1. Dati relativi agli assistenti familiari

A. Assistenti familiari assunti dalla famiglia

1. L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/___, categoria _____ (prima, prima super, seconda), è stato assunto/a dal richiedente o da un suo familiare 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 ___/___/___
- 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 _____ (prima, prima super, seconda), è stato assunto/a dal richiedente o da un suo familiare 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 ___/___/___
- per n. _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/___ al ___/___/___



Dgr n. 2108 del 2 AGOSTO 2005

ALLEGATO B pag. 3/5

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 ____/____/____

2. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, 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 dati della persona non autosufficiente:

- le variazioni relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.);
- l'ingresso in una struttura residenziale (e le dimissioni dalla stessa);
- il decesso;
- il cambiamento del Comune di residenza e quello del Comune di domicilio;
- il periodo coperto dalla contribuzione prevista dalla L.R. 5/01 (Alzheimer);

3. Riscossione del beneficio

Il sottoscritto chiede che la liquidazione del beneficio economico della L.R. 28/1991 avvenga tramite una delle seguenti modalità:

- assegno non trasferibile intestato a _____
- accredito su c/c bancario: c/c n. _____ intestato a _____ banca _____, agenzia _____, ABI _____, CAB _____.
- mandato di pagamento presso la banca _____, con delega per la riscossione all/la Sig./a _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

() Annotazione estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

() Presentata copia del documento di identità _____



Dgr n. 2108 del 2 AGOSTO 2005

ALLEGATO B pag. 4/5

Con riferimento alla domanda di cui alla LR 28/91, Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a Domicilio, 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 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

- 1) di assicurare, direttamente o tramite terzi, l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata;
- 2) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa l'inoltro della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 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) che il valore dell'ISEE del nucleo di residenza anagrafica della persona assistita, esclusa soltanto l'eventuale assistente familiare convivente, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, *allegata alla presente domanda*, e riferito ai redditi dell'anno _____, è di € _____;
- 5) di essere a conoscenza che:
 - la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE, di cui al punto 4), comporta l'esclusione dal beneficio della legge 28/91;
 - il beneficio della legge 28/91 è cumulabile con i contributi regionali per l'aiuto di assistenti familiari (badanti);
 - il beneficio della legge 28/91 non è cumulabile con i contributi regionali per le persone con morbo di Alzheimer o altre demenze e gravi disturbi comportamentali;
- 6) che la persona interessata usufruisce dei seguenti interventi e servizi sociosanitari:
 - assistenza domiciliare
 - frequenza di centri diurni
 - contributi regionali per l'aiuto di assistenti familiari (badanti)
 - contributi regionali per le persone con morbo di Alzheimer o altre demenze e gravi disturbi comportamentali per i mesi dal _____ al _____;

(Sezione da compilare qualora la domanda sia presentata dalla stessa persona non autosufficiente)

Il sottoscritto indica come persona di riferimento, in quanto persona che fornisce direttamente l'assistenza al richiedente (ai sensi e per i fini della L.R. 28/1991):

Cognome e nome: _____ Comune _____
 () CAP _____ Indirizzo _____, N. _____ tel. _____

1. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, 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 dati della persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale (e le dimissioni dalla stessa);
- b) il decesso;
- c) 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);
- d) il cambiamento del Comune di residenza e quello del Comune di domicilio;
- e) il periodo coperto dalla contribuzione prevista dalla L.R. 5/01 (Alzheimer);
- f) il cambiamento della persona di riferimento.

2. Riscossione del beneficio

Il sottoscritto chiede che la liquidazione del beneficio economico della L.R. 28/1991 avvenga tramite una delle seguenti modalità:

- assegno non trasferibile intestato a _____
- accredito su c/c bancario: c/c n. _____ intestato a _____ banca _____
 _____ agenzia _____, ABI _____, CAB _____.
- mandato di pagamento presso la banca _____, con delega per la riscossione all/la Sig./a _____

Data _____ IL RICHIEDENTE

 (firma leggibile)

() Annotazione estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

() Presentata copia del documento di identità _____