





Logo Azienda  
ULSS

AZIENDA ULSS N. \_\_\_\_ - DISTRETTO S.S. N. \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

## Caregiver Familiari

### Interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza

Al Direttore del  
Distretto socio-sanitario n. \_\_\_\_\_  
dell'Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_

*o, in alternativa*

Al Sindaco del Comune di  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

familiare convivente grado di parentela: \_\_\_\_\_

familiare 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. \_\_\_\_ località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

*compiare SOLO se diverso dalla residenza:*

domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ località \_\_\_\_\_

**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, DGR n. 1174/2021, DGR 155/2023, DGR n. 256/2023, DGR 229/2024 nonché per gli interventi A.3, quelli previsti DGR n. 457/2007, DGR n. 1133/2008, DGR n. 244/2015, DGR n. 1103/2019, DGR n. 1304/2021.*

**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 non autosufficienti con elevato bisogno assistenziale (**CGb plus**)
- 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 intellettuale 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.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 intellettuale 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  
 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



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

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**Allega:**

Fotocopia del documento di identità del sottoscrittore

*in alternativa* Annotazione estremi del documento di identità del sottoscrittore

Carta di identità     Patente di guida     Altro \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

