REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA

AZIENDA ULSS N. 6 - DISTRETTO S.S. __ _________________

COMUNE DI ____

Impegnativa di Cura Domiciliare

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE
PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI - **DGR 1338 DEL 30.07.2013**

Al Direttore del Distretto Socio-Sanitario ______________________________ **dell'Azienda ULSS n. 6**

oppure

Al Sindaco del Comune di |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Il sottoscritto (cognome e nome) ____

nato/a a ____ (_____) il |__|__||__|__||__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di ____ (_____)

in via ____ n. ______ - frazione ____________________________

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| email *(facoltativo)*____

in qualità di:

❑persona direttamente interessata

❑legale rappresentante (❑tutore,❑ curatore, ❑amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004);

❑familiare (❑convivente,❑non convivente) (grado di parentela: ___________________________________)

❑persona (❑convivente,❑non convivente) di cui il servizio sociale ha accertato che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

1. Presenta domanda di Impegnativa di Cura Domiciliare a favore di:

(cognome e nome) ____

nato/a a ____ (_____) il |__|__||__|__||__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di ____ (_____)

in via ____ n. ______ - frazione ____________________________

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di_____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:

- ❑ Impegnativa di Cura Domiciliare di **basso bisogno assistenziale (ICDb)**
- ❑ Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDm)**
- ❑ Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDmgs)**
- ❑ Impegnativa di Cura Domiciliare per i **servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)**
- ❑ Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**
- ❑ Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)**

3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

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:
    a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
    b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale),come previsto dalla vigente normativa nazionale;
6) 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;
7) 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;
8) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (_____) il |__|__||__|__||__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4. Delega alla riscossione:

Il sottoscritto, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare, qualora erogata in forma di contributo economico, venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato:

- ❑ al beneficiario (persona non autosufficiente per la quale è presentata la domanda)
- ❑ al legale rappresentante/persona di riferimento (come sopra specificato)

ed identificato dal seguente codice IBAN:

|__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nazione controllo CINABI CAB numero di CC

5. 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 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 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 del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

6. Controllo della qualità assistenziale (ICDb – ICDm – ICDmgs – ICDa):

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che saranno attivate, con cadenza almeno trimestrale, forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICD, 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 (riferiti solo all'ICDb).
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).
Per il controllo verrà utilizzata la seguente check-list di valutazione, 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.

CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)

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	

* Facoltativo per ICDa e ICDp

In fede,

Luogo, _____

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 (_____)

Numero: _____

Rilasciato il |__|__||__|__||__|__|__|__| da _____

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 del Veneto, del suo Comune di residenza (o dell'Ente da questi delegato) e della Azienda ULSS a cui fa capo il Comune.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Cura Domiciliare (di seguito ICD), 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 (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(per le ICDb) o dalle UVMD distrettuali per le altre tipologie di ICD, 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 1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. 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 dell'ICD 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 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 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 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 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 (Comune o ente delegato, per l'ICDb, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD)

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'ICD 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, _____

Data |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il dichiarante

_____

(firma leggibile)