



Logo Azienda
ULSS

ATS VEN _____

AZIENDA ULSS N. _____ - DISTRETTO S.S. N. _____

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 e smi

Al Responsabile dell'Ente Capofila dell'ATS VEN _____

oppure

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. _____ - 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 **elevato bisogno assistenziale (ICDb Plus)**
- 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. Comunicazione all'accredito:

Il sottoscritto, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, comunica 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 (come sopra specificato)

ed identificato dal seguente codice IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
nazione controllo CIBI ABI 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 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 del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

6. Controllo della qualità assistenziale (ICDb – ICDb Plus – 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.

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

In fede,

Luogo, _____

Data | | | | | | | |

Il dichiarante

(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità in corso di validità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro _____

Numero _____ Scadenza _____

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'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 semplificata, SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche con strumenti informatizzati, 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 Giudiziarie, 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 del territorio 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 vengono 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, al responsabile della protezione dei dati dell'Ente che ha preso in carico la domanda (Comune o ente delegato, per l'ICDB l'ICDB Plus, l'ICDm, l'ICDmgs, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD), rivolgendosi ai dati di contatto presenti sul sito internet dell'Ente medesimo.

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa di cui sopra e mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni eventuali variazioni dei dati contenuti.

In fede,

Luogo, _____

Data | | | | | | | | | |

Il dichiarante

(firma leggibile)



REGIONE DEL VENETO

ICDa

Logo Azienda
ULSS

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(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. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24¹³:
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDa)
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semi-residenziali:
- 4) Valore ISEE familiare: _____,00 €¹⁴

Data di compilazione _____

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

| | |
|--|---|
| Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria | A |
|--|---|

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico

Data di compilazione _____

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

¹³ Da confermare in UVMD con SVaMA

¹⁴ Deve essere inferiore a € 60.000,00 per i maggiorenni ed inferiore a € 65.000,00 per i minorenni

Allegati: Certificazione ISEE, Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato