



Assegno di Cura

Contributo per le persone non autosufficienti assistite in famiglia

in vigore dal 1° gennaio 2007

DGR n. 4135 del 19.12.2006

Sostenere le persone nella scelta di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita e di affetti rappresenta un obiettivo da sempre perseguito dalla Regione del Veneto.

Gli interventi economici ormai consolidati a favore delle persone non autosufficienti trovano una modalità innovativa ed avanzata nell'Assegno di Cura, quale strumento unitario di sostegno economico alle persone prive di autonomia e alle loro famiglie.

L'Assegno di Cura permette infatti:

- facilità e semplicità di accesso per i cittadini;
- continuità degli interventi per i beneficiari dei precedenti tipi di contributo economico;
- trasparenza nei criteri di determinazione del diritto all'assegno di cura;
- equità delle modalità di valutazione e tempestività nelle risposte, mediante l'utilizzo di un sistema informatico avanzato di e-government.

L'Assegno di Cura fa parte del sistema integrato di interventi e di servizi sanitari, sociali e socio-sanitari che assicurano il rafforzamento della **domiciliarità** quale ambito privilegiato delle politiche di welfare.

L'Assessore alle Politiche Sociali
dott. Stefano Valdegamberi

**PER INFORMAZIONI:
RIVOLGERSI AI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE O DELL'AZIENDA
ULSS DI RESIDENZA DELLA
PERSONA INTERESSATA.**

**Assessorato alle Politiche Sociali,
Programmazione Socio-Sanitaria
Volontariato e Non Profit**

Struttura Regionale:
Direzione Servizi Sociali
U.C. Non Autosufficienza
tel. 041-2791460
fax 041-2791369
dir.servizisociali@regione.veneto.it

sito web: www.venetosociale.org

COS'È ?

È un contributo economico regionale.

A CHI È DESTINATO?

Alle persone non autosufficienti che vivono a casa propria.

A COSA SERVE?

A sostenere la famiglia nel proprio carico di cura della persona non autonoma.

QUALI SONO I REQUISITI DI ACCESSO?

I requisiti fondamentali sono:

- 1) che la persona sia non autosufficiente e sia adeguatamente assistita (ciò verrà verificato dal medico curante e dall'assistente sociale, tramite l'apposita scheda regionale);
- 2) che la situazione economica della famiglia sia contenuta entro certi limiti (fino a giugno 2007 il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente ISEE non deve superare € 14.367,90; tale limite massimo viene aggiornato annualmente in base all'indice Istat).

QUANDO FARE DOMANDA?

La domanda può essere presentata in qualsiasi momento ed è valida anche per gli anni successivi. Alcune informazioni vanno aggiornate periodicamente (ad es. l'ISEE ha validità annuale).

Non occorre che presentino nuova domanda coloro che nel 2006 hanno beneficiato di uno dei 3 precedenti contributi regionali (LR 28/91, "Badanti", "Alzheimer") in quanto rimane valida la domanda già presentata.

DOVE FARE DOMANDA?

Per ogni informazione, per avere il modulo di domanda e per presentare domanda, rivolgersi ai **Servizi Sociali del Comune di residenza** o allo **sportello integrato** dei servizi sociali e sanitari dell'Az. ULSS e dei Comuni.

QUALI I CRITERI DI PRIORITÀ?

Viene data priorità, sia con riguardo all'entità della somma assegnata sia con riguardo alla precedenza rispetto ai fondi disponibili, ai seguenti casi:

- le situazioni di maggior carico assistenziale;
- le famiglie che assistono persone affette da demenza, di tipo Alzheimer o di altro tipo, accompagnata da gravi disturbi comportamentali;
- le famiglie che si avvalgono a titolo oneroso di assistenti familiari ("badanti").

L'entità dell'assegno di cura varia pertanto in base al carico di cura, alla situazione familiare e all'assistenza fornita.

L'assegno sarà erogato con cadenza semestrale.

ASSEGNO DI CURA

MODULO DI DOMANDA

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n. _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

oppure

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

(Riservato all'Ufficio)

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 di **Assegno di Cura** a favore di

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

A tal fine, 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

1. Dati generali

- 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:
 - 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;
- 5) che la famiglia sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte della/e assistente/i familiare/i come da allegato 2;
- 6) l'impegno a presentare entro il semestre corrente e successivamente entro il semestre di ogni anno Dichiarazione Sostitutiva Unica o attestazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata o CUD ricevuto nel caso non sia richiesta la presentazione della dichiarazione dei redditi;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) che la **persona di riferimento** é:

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n. _____, telefono _____

2. Dati relativi agli assistenti familiari

(parte da compilare solo nel caso che la famiglia si avvalga di assistenti familiari)

A. Assistenti familiari assunti dalla famiglia

1. L'assistente familiare _____, codice fiscale _____,
iscritto/a all'INPS con matr. _____ il __/__/__, categoria o qualifica _____, è stato assunto/a dal richiedente o da un familiare o da una persona che si occupa della sua assistenza 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 __/__/__
2. L'assistente familiare _____, codice fiscale _____,
iscritto/a all'INPS con matr. _____ il __/__/__, categoria o qualifica _____, è stato assunto/a dal richiedente o da un familiare o da una persona che si occupa della sua assistenza 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 __/__/__

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 __/__/__

3. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione dell'Assegno di Cura venga effettuata a:

- Beneficiario (non autosufficiente)
 Richiedente

oppure a:

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n. _____, telefono _____

mediante:

- assegno non trasferibile
 accredito su c/c n. _____ banca _____ agenzia _____,
ABI _____, CAB _____, CIN _____.
 mandato di pagamento presso la banca _____

4. 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:

- l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- il periodo di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- il decesso;
- 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);
- il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- il cambiamento della persona di riferimento;
- le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.);
- Le variazioni delle modalità di riscossione del beneficio o la delega alla riscossione come da allegato 4.

In fede

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

- Annotazione estremi documento di identità _____
 Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____
 Allegata copia del documento di identità _____

IL Funzionario

(firma leggibile)

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 Veneto, del suo Comune di Residenza e della ULSS a cui fa capo il Comune.**

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Assegno di Cura, 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 e/o dell'Azienda ULSS tramite autocertificazioni compilate dal richiedente o dichiarazione dei dati necessari presso gli sportelli preposti al fine di aiutare il richiedente nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono compilati dal medico di medicina generale e dall'assistente sociale o dalle UVMD distrettuali nei casi complessi che possono richiedere una pluralità di interventi. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite il Sistema informativo ISEEnet, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità e della misura dell'Assegno di Cura. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

1. Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
2. Finalità funzionali alla gestione dell'Assegno di Cura e degli adempimenti che da esso dipendono.
3. 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.

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, quale 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 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 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, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda (Ente erogatore dell'Assegno di Cura)

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'Assegno di cura 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

Data _____

Il Dichiarante