

Assistenza alle persone non autosufficienti
Domanda per l'assegno di cura
Legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9

Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige
 Ripartizione famiglia e politiche sociali

consegnato presso il distretto

1. Dati personali della persona non autosufficiente

cognome _____ nome _____

cognome (da sposata/ vedova) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Sesso M F

CAP _____ e luogo di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____

Cittadinanza _____ e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

per cittadini/e extracomunitari/e in possesso del permesso di soggiorno di lunga durata:

rilasciato dall'autorità _____

n. _____ rilasciato il _____ valido fino a _____

Se la persona non autosufficiente è minorenni o adulta a carico dei genitori, in entrambi i casi il genitore richiedente deve essere in possesso dei requisiti del permesso di soggiorno.

1.1. indirizzo del luogo di dimora stabile

indirizzo del luogo di dimora stabile (compilare, se diverso dalla residenza)

CAP _____ comune _____ Prov. _____

indirizzo _____ n. _____

servizio residenziale

casa di riposo/casa di degenza

strutture per persone con disabilità/malat. psych./dipendenze

denominazione e luogo della struttura: _____

servizio semiresidenziale (p.es. centro di degenza diurna, laboratorio)

denominazione e luogo della struttura: _____

denominazione e luogo della struttura: _____

1.2. numero di telefono (inserire almeno un numero)

telefono n. _____ persona non autosufficiente richiedente

telefono n. _____ Altro _____

1.3. Residenza in Provincia di Bolzano

Se la persona non autosufficiente è minorenni o adulta a carico dei genitori, in entrambi i casi il genitore richiedente deve essere in possesso dei requisiti di residenza.

- a) Può dimostrare una residenza ininterrotta da almeno 5 anni nella Provincia di Bolzano?
 sì, dalla nascita sì, dal _____ no
- b) Se no, complessivamente è stato/a residente per almeno 15 anni (anche con interruzioni) nella Provincia di Bolzano? sì, dal _____ no
- b1) È residente nella Provincia di Bolzano per almeno 1 anno ininterrottamente prima della presentazione della domanda? sì, dal _____ no

2. Dati personali della persona richiedente

La persona richiedente corrisponde alla persona non autosufficiente?

- sì no

se no, fornire i seguenti dati, altrimenti proseguire al punto n. 3:

2.1. Relazione con la persona non autosufficiente

- genitore di un/a minorenni
 genitore di persona adulta fiscalmente a carico
 tutore (decreto n. _____ data _____) domanda di nomina è stata presentata
 amministratore di sostegno (decreto n. _____ data _____) domanda nomina è stata presentata
 persona con procura speciale o generale (articolo 1392 del codice civile)

cognome _____ nome _____

cognome (da sposata/ vedova) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Sesso M F

CAP _____ e luogo di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____

Cittadinanza _____ e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2.2. Indirizzo – dimora stabile (compilare, se diverso dalla residenza)

CAP _____ comune _____ Prov. _____

indirizzo _____ n. _____

3. Modalità di pagamento ai fini dell'erogazione dell'assegno di cura

- conto corrente postale o bancario

istituto bancario / postale _____

IBAN : IT

intestato a _____

se la persona delegata non è la persona non autosufficiente, nè quella richiedente, allegare und delega ed inserire i seguenti dati – altrimenti proseguire al punto 4.

cognome _____ nome _____
cognome (da sposata/ vedova) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____ Sesso M F
CAP _____ e luogo di residenza _____ Prov. _____
Indirizzo _____ n. _____
Cittadinanza _____ e-mail _____

4. Obblighi di comunicazione

La **permanenza in strutture residenziali della sanità** fuori della Provincia di Bolzano (p.es. ospedale, clinica privata) e ogni **cambiamento della dimora** stabile devono essere comunicate immediatamente a ASSE - Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico, via Canonico Michael Gamper 1, 39100 Bolzano, Tel. 0471-418321 Fax: 0471-418329 – e-mail aswe.asse@provincia.bz.it.

La fruizione, da parte di un familiare, di periodi superiori a 10 giorni in un mese del **congedo retribuito**, previsto dall'art. 42 comma 5 del D.Lgs. n. 151/2001, per l'assistenza di persone in situazione di gravità, certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992, deve essere autocertificata a ASSE.

5. Allegati

- certificato medico (modulo presso il medico di base) - obbligatorio
- copia del permesso di soggiorno
- altri allegati: _____

La persona richiedente si dichiara d'accordo che il team di valutazione competente esamini la documentazione medica ed altra documentazione necessaria per la valutazione.

6. Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto lgs. 30.06.2003, n. 196 (protezione dei dati personali)

Titolare dei dati è la Provincia autonoma di Bolzano. I Suoi dati verranno trattati dall'Amministrazione provinciale anche in forma elettronica per l'applicazione della legge provinciale n. 9/2007. Responsabile per il trattamento dei dati è il direttore della Ripartizione famiglia e politiche sociali. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. In base agli articoli 7-10 del decreto legislativo 196/2003 può ottenere previa richiesta, l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. I Suoi dati saranno trasmessi anche all'ASSE Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico, dove saranno utilizzati per gli scopi previsti dalla legge. La Provincia autonoma di Bolzano comunica agli enti gestori di cui all'articolo 9 della legge provinciale n. 9/2007 e all'Azienda Sanitaria, i dati concernente l'esito dell'inquadramento. Alla Provincia autonoma di Bolzano vengono comunicati dagli enti gestori di cui all'articolo 9 della legge provinciale n. 9/2007 e dall'Azienda Sanitaria, rispettivamente i dati riguardanti le presenze e le assenze e i ricoveri.

7. Dichiarazione di responsabilità

Io dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati riportati corrispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità (Art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000). Sono consapevole inoltre che in caso di dichiarazione mendace decado dai benefici eventualmente conseguenti alle dichiarazioni non veritiere. Nel caso di dichiarazioni false o comunque non veritiere non posso accedere agli interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti per le quali ho rilasciato tali dichiarazioni (Art. 2/bis della legge provinciale 22 ottobre 1993, n. 17).

L'ufficio eseguirà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, DPR 445/2000)

8. firma del/della richiedente

data _____ firma  _____

Allegare una fotocopia della carta d'identità valida (fronte e retro)

9. delega al patronato

Il/La sottoscritto/a delega il patronato, presso il quale elegge domicilio ai sensi dell' art. 47 C.C., a rappresentarlo/a e assisterlo/a gratuitamente ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152 e successive modifiche, per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda.

Data _____ luogo _____

L'operatore del patronato ✎ _____ timbro

Firma del/della richiedente ✎ _____

10. certificazione dell'identità del/della richiedente, fatta eccezione la presentazione della domanda tramite il patronato (riservato alle adette/agli adetti – pubblici ufficiali)

numero della carta d'identità del/la richiedente _____

In qualità di adetta/o – pubblico ufficiale presso* _____

* distretto sociale, casa di riposo / di cura, centro per persone con handicap

dichiaro che la domanda è stata firmata in mia presenza.

data _____ firma leggibile ✎ _____

11. distretto competente territorialmente

indicazioni del distretto: _____

12. note

riservato al distretto / al servizio:

La presente domanda è stata inoltrata al team di valutazione in data _____

per ricevuta:

firma leggibile della collaboratrice / del collaboratore del team di valutazione competente nel territorio di riferimento del distretto / del servizio

firma leggibile ✎ _____