



Allegato 1

**Modello di domanda di Budget di sostegno al ruolo di cura e
assistenza del caregiver familiare
(delle persone la cui condizione di gravissima non
autosufficienza in applicazione del DM 26.09.2016 su FNA)**

Del. G. R. n. 1136/2021; Del. G.R. n. 2194/2021

*Il presente allegato si compone di n 11 (undici) pagine
inclusa la presente copertina*



All' Ambito Territoriale di _____

Responsabile del Procedimento

Oggetto: Domanda di accesso al "budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare". Rif. Del. G.R. n. 1136/2021; Del. G.R. n. 2194/2021

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a _____ il _____ a _____ (____), Codice Fiscale _____, residente a _____ (____) CAP _____ in Via _____, in qualità di Referente della Famiglia* _____, con domicilio del Nucleo Familiare a _____ (____) CAP _____ in Via _____ Telefono _____ Email¹ _____ consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

* **A** caregiver familiare²

B soggetto diverso dal caregiver familiare

B1 soggetto parente o affine del caregiver familiare

B2 Altro³ : _____

RICHIEDE

¹ Si prega di inserire un indirizzo e-mail al fine di informare puntualmente il richiedente/beneficiario caregiver familiare delle comunicazioni pubblicate su piattaforma telematica e di interesse per seguire l'iter istruttorio della propria domanda. Non occorre che l'indirizzo e-mail sia quello di una PEC.

² Per caregiver familiare si intende "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18" (art. 1, comma 255, L. 30 dicembre 2017 n. 205).

³ Soggetto terzo delegato dal referente del nucleo familiare. Il delegato dovrà essere in possesso delle informazioni necessarie per l'acquisizione d'ufficio dall'INPS del valore dell'ISEE Ordinario in corso di validità in cui sia presente l'eventuale beneficiario: codice fiscale del dichiarante DSU, numero di protocollo e data di rilascio riferiti alla DSU preliminare al calcolo dell'ISEE. L'atto di delega sarà stato già acquisito in fase di certificazione del Nucleo Familiare per delega



il "Budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare":

in proprio favore (se il caregiver familiare coincide con il Referente della famiglia)

in favore del caregiver familiare (se diverso dal Referente della famiglia)

DATI ANAGRAFICI DEL CAREGIVER FAMILIARE (se diverso dal Referente della famiglia)

(da compilare obbligatoriamente se no, blocco iter domanda)

Nome Cognome

Sesso M F

CODICE FISCALE

Luogo di nascita pv.

Data di nascita giorno mese anno

Luogo di residenza Prov.

Via/Corso/Strada n.

DICHIARA

Di essere stato fruitore/Il caregiver familiare è stato fruitore della misura RED 3.0 CAREGIVER FAMILIARE (annualità 2019-2020-2021)

sì no

(se sì, sarà inibita la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

Il paziente assistito dal caregiver familiare è stato beneficiario di progetti di Vita Indipendente (annualità 2018-2019-2020-2021)

sì no

(se sì, sarà inibita la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

Il paziente assistito dal caregiver familiare è stato beneficiario di progetti "Dopo di Noi" (annualità 2020-2021)



sì no

(se sì, sarà inibita la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

CODICE FISCALE del Soggetto dichiarante la DSU ISEE per il nucleo familiare del caregiver familiare (se diverso dal caregiver)

Protocollo ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO⁴ rilasciata da INPS per il nucleo familiare del caregiver familiare

(da compilare obbligatoriamente se no, blocco iter domanda)

Data di rilascio della certificazione giorno _____ mese _____ anno _____

DATI ANAGRAFICI RIFERITI AL DISABILE GRAVISSIMO ASSISTITO DAL CAREGIVER FAMILIARE

CODICE FISCALE

Luogo di residenza Prov.

Rapporto del caregiver con l'assistito ai sensi dell'art. 1, comma 255 della L. 30 dicembre 2017 n. 205

- coniuge
- altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso
- convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
- familiare entro il secondo grado
- affine entro il secondo grado
- parente o affine entro il terzo grado*

*A tal fine dichiara che i genitori o il coniuge dell'assistito:

⁴ Si precisa che l'ISEE in questa procedura non è da considerarsi come requisito di accesso, ma come il riferimento alla banca dati per desumere ogni altra informazione sulla composizione del nucleo familiare e come uno dei criteri di priorità



- hanno compiuto i sessantacinque anni di età
- sono anche essi affetti da patologie invalidanti
- sono deceduti o mancanti

Paziente fruitore dell'Assegno di cura 2018-2019

- sì no

Paziente fruitore del Contributo economico COVID-19 2020-2021

- sì no

Il disabile gravissimo non autosufficiente assistito dal caregiver familiare è percettore di indennità di accompagnamento

- sì no

Se SI' INSERIRE OBBLIGATORIAMENTE

Data Verbale di Invalidità Civile: _____

Categoria di Invalidità: _____

secondo quanto riportato nel Verbale di Invalidità Civile per i valori rientranti nella seguente tabella:

Categoria di invalidità	
044.4	Cecità Civile
044.5	Sordità Civile
044.6	Invalidità Civile
104	Handicap legge 104/92

Codice Grado di Invalidità: _____

secondo quanto riportato nel Verbale di Invalidità Civile per i valori rientranti nella seguente tabella:

Codici Grado di Invalidità	
07	INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un



	accompagnatore (L.18/80)
08	INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti
11	MINORE con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80) - indennità di accompagnamento
12	MINORE INVALIDO con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita(L.18/80) - indennità di accompagnamento
16	INVALIDO ultrasessantacinquenne con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.508/88)
17	INVALIDO ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.508/88)
C	PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' come definito dalla legge 104/92 (articolo 3, comma 3)

SE NO SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE

- Altra tipologia di indennità di cui alla quarta colonna del prospetto dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013**
- Invalità non ancora accertata in presenza delle condizioni di cui alle lettere a) e d) dell'articolo 3 comma 2 del Decreto FNA 2016, determinate da eventi traumatici***

***in caso di scelta della presente opzione andranno compilati i seguenti campi:**

Possesso di certificazione di diagnosi specialistica, rilasciata a partire dal _____ - attestante la condizione di gravissima non autosufficienza⁵

indicare data di ultimo rilascio da parte di Struttura specialistica del SSN-SSR
___/___/___

Struttura del SSN o SSR che ha rilasciato la certificazione

DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO ASSISTITO DAL CAREGIVER FAMILIARE (da compilare obbligatoriamente se no, blocco iter domanda)

- a) Paziente in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)

⁵La presente certificazione andrà allegata alla domanda, mediante inserimento in piattaforma



- b) Paziente dipendente da ventilazione Meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) Paziente con grave o gravissimo stato di Demenza
- d) Paziente con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura
- e) Paziente con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare
- f) Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore
- g) Paziente con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
- h) Paziente con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo
- i) Ogni altro paziente in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche

N.B.: Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima di cui alle lettere a), c), d), e), h), i), AI FINI DELLA VERIFICA SANITARIA DEL POSSESSO DELLA CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' si farà riferimento alle scale di valutazione di cui agli Allegati del Decreto Interministeriale del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e del Ministero Economia e Finanze per il Fondo Nazionale Non Autosufficienza 2016 (FNA 2016)

DICHIARA

- di essere vivente/che il caregiver familiare è vivente

sì no

(la verifica dell'esistenza in vita del caregiver familiare al momento della compilazione della domanda verrà effettuata automaticamente tramite interrogazione del sistema informativo sanitario regionale EDOTTO; in caso di verifica negativa, sarà inibita la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che la persona in condizioni di gravissima disabilità non autosufficienza assistita dal caregiver familiare è vivente: sì no

(la verifica dell'esistenza in vita del paziente al momento della compilazione della domanda verrà effettuata automaticamente tramite interrogazione del sistema



informativo sanitario regionale EDOTTO; in caso di verifica negativa, sarà inibita la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- di essere residente/che il caregiver familiare è residente nella Regione Puglia

sì no

(se NO, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

- che la persona in condizioni di gravissima disabilità non autosufficienza assistita dal caregiver familiare è residente in Puglia

sì no

(se NO, sarà inibito la possibilità di proseguire nella presentazione della domanda)

AUTORIZZA

l'inserimento dei propri dati (o dei dati del caregiver familiare se diverso dal dichiarante) nel Registro Territoriale di Ambito dei caregiver familiari.

DATI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE della persona in condizioni di gravissima disabilità assistita dal caregiver familiare

(il dato verrà riscontrato automaticamente dal sistema informativo sanitario regionale)

- Dott. _____ ASL _____

INDICARE INTERVENTI O PRESTAZIONI DA ACQUISTARE TRAMITE UTILIZZO DEL BUDGET DI SOSTEGNO AL RUOLO DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE (selezionare massimo due opzioni)

- acquisto di attrezzature di domotica sociale;
- potenziamento dell'intervento di assistenza domiciliare (prestazioni dell'OSS);
- ricovero di sollievo temporaneo in struttura residenziale (RSSA, RSA);
- acquisto polizza assicurativa per rischio infortuni/responsabilità civile collegata all'attività di cura;
- acquisto di prestazioni sociali (assistenti familiari);
- acquisto di prestazioni di sollievo presso centri diurni e semiresidenziali;
- altro (*purchè riconducibile allo scopo del contributo ovvero il sollievo ed il sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare*)
specificare _____



ALLEGA

- Informativa sul trattamento dei dati personali sottoscritta per presa visione

(firma del dichiarante)

Si allega alla presente l'informativa sul trattamento dei dati personali, per presa visione.

Il presente documento è stato generato da www.sistema.puglia.it in formato PDF apponendo un Sigillo Elettronico Avanzato per garantire l'immodificabilità del documento e l'identità del sistema che lo ha prodotto ed è stato sottoscritto con firma elettronica semplice ai sensi de art. 3 comma 10 e art. 25 Regolamento eIDAS - art. 20, comma 1 bis e art. 71 del CAD.



Allegato alla domanda - Informativa sulla Privacy

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, si informano i soggetti interessati all'accesso al "Budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" che il trattamento dei dati forniti in sede di presentazione dell'istanza e a tal fine acquisiti è finalizzato alla gestione del presente procedimento preordinato all'assegnazione del contributo in questione, alla redazione dei Registri territoriali di Ambito dei caregiver familiari, nonché ai fini della gestione delle procedure di assegnazione di contributi e sarà effettuato esclusivamente a cura dei soggetti espressamente autorizzati a perseguire la suddetta finalità.

Titolare del trattamento dati, è la Regione Puglia, nella persona del Dirigente della Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà, in qualità di Designato del trattamento di dati personali ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 145 del 30 gennaio 2019.

Il Responsabile della protezione dei dati ("RDP") della Regione Puglia è contattabile inviando una mail all'indirizzo rdp@regione.puglia.it.

Il conferimento dei dati per le finalità suindicate è necessario ai fini della verifica dei requisiti di accesso al "Budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" e la mancata comunicazione comporterà il mancato accertamento degli stessi con esclusione dall'accesso al contributo.

La Regione Puglia, per l'attuazione della misura "Budget di sostegno al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", si avvale degli Ambiti Territoriali dei Distretti Socio Sanitari, che saranno nominati quali Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) con apposito Accordo conforme al modello allegato alla Del. di G.R 1328/2020.

Il responsabile del trattamento dati è altresì la Società in house, assoggettata alla direzione e controllo della Regione Puglia, InnovaPuglia S.p.A. (di seguito "InnovaPuglia"), sulla base degli atti di nomina e delle convenzioni di cui alla DGR n. 2213/2017, nell'ambito degli affidamenti disposti con DGR n. 1921/2016 (POR Puglia FESR - FSE 2014/2020 e A.D. 220 del 27/03/2019 Affidamento attività progetto eWelfare2.0. Avvio degli interventi prioritari in tema di Agenda digitale. "Azione pilota Puglia Log-in", come integrata con A.D. n. 1691 del 16/12/2021 e con DGR n. 1871/2019 (Puglia Digitale - Programmazione 2019-2021 interventi e azioni prioritari in tema di Agenda Digitale. Approvazione).

I dati conferiti verranno conservati in conformità alla normativa sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Nei limiti di quanto sopra dettagliato, gli interessati possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss del GDPR ed, in particolare, il diritto ad ottenere, nei casi previsti, l'accesso e la rettifica, la limitazione o l'opposizione al trattamento dei dati.

Apposita istanza può essere presentata al Responsabile della protezione dei dati ("RDP") della Regione Puglia all'indirizzo rdp@regione.puglia.it.



Gli interessati che ritengono che il presente trattamento dei dati avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, hanno diritto a proporre istanza di reclamo, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento stesso, al Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia 11 - 00187 Roma, protocollo@gpdp.it, o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi dell'art. 79 del GDPR.

Per presa visione

Firma del dichiarante

Il presente documento è stato generato da www.sistema.puglia.it in formato PDF apponendo un Sigillo Elettronico Avanzato per garantire l'immodificabilità del documento e l'identità del sistema che lo ha prodotto ed è stato sottoscritto con firma elettronica semplice ai sensi de art. 3 comma 10 e art. 25 Regolamento eIDAS - art. 20, comma 1 bis e art. 71 del CAD.