



Allegato 1

Modello di domanda di inserimento nel registro dei caregiver familiari

**Del. G. R. n. 1136/2021; Del. G.R. n. 2194/2021; Del. G.R. n.
724/2022; Del. G.R. n. 830/2022**

*Il presente allegato si compone di n 9 (nove) pagine
inclusa la presente copertina*

All' Ambito Territoriale di _____

Responsabile del Procedimento

**Oggetto: Domanda di iscrizione al "del registro dei caregiver familiari". Rif. Del.
G.R. n. 1136/2021; Del. G.R. n. 2194/2021; Del. G.R. n. 724/2022; Del. G.R. n.
830/2022.**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a
_____ il _____ a _____ (____), Codice
Fiscale _____, residente a _____ (____) CAP _____ in
Via _____, in qualità di richiedente _____, con domicilio 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 (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), dichiara di
essere:

* **A** ☐ caregiver familiare²

B ☐ soggetto diverso delegato dal caregiver familiare

B1 ☐ soggetto parente o affine del caregiver familiare

B2 ☐ Altro³ : _____

¹Si 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).



Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà
Servizio RUNTS Economia sociale, Terzo settore e Investimenti
per l'innovazione Sociale, disabilità e invecchiamento attivo



- ☐ Diploma di scuola superiore
- ☐ Diploma post-secondario (non terziario) Diploma terziario di tipo professionale
- ☐ Laurea triennale, specialistica o dottorato di ricerca

Convive con il disabile sì ☐ no ☐

Condizione lavorativa

Occupato sì ☐ no ☐

Se sì

☐ Dipendente ☐ autonomo

Se no

- ☐ Pensionato
- ☐ Disoccupato
- ☐ non occupato

Titolare di benefici della legge sulla disabilità:

☐ Permessi retribuiti L. 104/1992

☐ Congedo retribuito 151/2001

**DATI ANAGRAFICI RIFERITI AL DISABILE GRAVE O GRAVISSIMO ASSISTITO DAL
CAREGIVER FAMILIARE**

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

Luogo di residenza Prov.

Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita :

giorno

mese

anno

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:

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

DATI relativi all'Assistito da parte del caregiver familiare

Il disabile assistito dal caregiver familiare è:

Paziente fruitore dell'Assegno di cura 2018-2019

☐ sì ☐ no

Paziente fruitore del Contributo economico COVID-19 2020-2021/2022

☐ sì ☐ no

Percettore di indennità di accompagnamento

☐ sì ☐ no

Se SÌ INSERIRE OBBLIGATORIAMENTE

Data Verbale: _____



DIPARTIMENTO WELFARE

Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà
Servizio RUNTS Economia sociale, Terzo settore e Investimenti
per l'innovazione Sociale, disabilità e invecchiamento attivo

Portatore di handicap in situazione di gravità come definito dall'art. 3 comma 3 della L. 104/92

☐ sì ☐ no

Se SI' INSERIRE OBBLIGATORIAMENTE

Data Verbale: _____

SE NO SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE

- ☐ **Altra tipologia di indennità di cui alla quarta colonna del prospetto dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013**
- ☐ **Invalidità 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

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 grave o 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)

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



DIPARTIMENTO WELFARE

Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà
Servizio RUNTS Economia sociale, Terzo settore e Investimenti
per l'innovazione Sociale, disabilità e invecchiamento attivo

- 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 grave o 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.

ALLEGA

- Informativa sul trattamento dei dati personali sottoscritta per presa visione
- Dichiarazione di individuazione del caregiver da parte del disabile/ovvero amministratore di sostegno/ovvero tutore redatta in modalità conforme al modello allegato al presente avviso.

(firma del dichiarante)

Allegato alla domanda - Informativa sulla Privacy

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

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR, si informano i soggetti interessati all'iscrizione al "Registro dei caregiver familiari" che il trattamento dei dati, comuni e particolari, forniti in sede di presentazione dell'istanza e a tal fine acquisiti, è svolto nell'esercizio dei poteri pubblici ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. e) e dell'art. 9, par. 2, lett. g) del GDPR, al fine dell'iscrizione nel registro, e della redazione del registro territoriale di Ambito dei caregiver familiari, 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 ("RPD") della Regione Puglia è contattabile inviando una mail all'indirizzo rpd@regione.puglia.it.

La Regione Puglia, per l'attivazione e la tenuta del "Registro dei caregiver familiari", si avvale degli Ambiti Territoriali, dei Distretti Socio Sanitari e di InnovaPuglia S.p.A., che operano in qualità di Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR.

Il conferimento dei dati per le finalità suindicate è necessario ai fini della verifica dei requisiti di iscrizione al "registro dei caregiver familiari"; la mancata comunicazione comporterà il mancato accertamento degli stessi con esclusione dall'iscrizione e/o decadenza.

I dati conferiti verranno conservati, in conformità alla normativa sulla conservazione della documentazione amministrativa, per cinque anni dalla data di cancellazione dal Registro.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del GDPR e, in particolare, il diritto ad ottenere, nei casi previsti, l'accesso e la rettifica, la limitazione o l'opposizione al trattamento dei dati.

Per l'esercizio dei richiamati diritti è sufficiente scrivere al RPD della Regione Puglia all'indirizzo rpd@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 il Giudice Ordinario, 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.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ Via _____

_____ codice fiscale _____



Ovvero (*in caso di tutore o amministratore di sostegno*)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ Via _____

_____ codice fiscale _____

In qualità di tutore o amministratore di sostegno del sig./sig.ra _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il sig./sig.ra _____

è il proprio caregiver familiare.

Ovvero (*in caso di tutore o amministratore di sostegno*)

che il sig./sig.ra _____

è il caregiver familiare dell'assistito sig./sig.ra _____

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in formato digitale ovvero in forma olografa con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO WELFARE

Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà
Servizio RUNTS Economia sociale, Terzo settore e Investimenti
per l'innovazione Sociale, disabilità e invecchiamento attivo