



REGIONE DEL VENETO

**INTERVENTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO IN CASA  
PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

Al Sig. Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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 per:**

**LR 28/1991 – Provvidenze a favore delle persone non  
autosufficienti assistite a Domicilio**

**A favore della persona non autosufficiente** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ codice sanitario \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_ (indicare solo se diverso dalla residenza)

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Con riferimento alla domanda di cui alla L.R. 28/91, Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a Domicilio, 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 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice della privacy (D.Lgs. 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

- 1) di assicurare direttamente o tramite terzi, l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata;
- 2) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa l'inoltro della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulle condizioni della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) che il valore dell'ISEE del nucleo di residenza anagrafica della persona assistita, esclusa soltanto l'eventuale assistente familiare convivente, ricavato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, allegata alla presente domanda e riferito ai redditi dell'anno \_\_\_\_\_ è di € \_\_\_\_\_
- 5) di essere a conoscenza che:
  - la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE , di cui al punto 4 comporta l'esclusione dal beneficio della l. 28/91;
  - il beneficio della legge 28/91 è cumulabile con i contributi regionali per l'aiuto di assistenti familiari (badanti)
  - il beneficio della legge 28/91 non è cumulabile con i contributi regionali per le persone con morbo di Alzheimer o altre demenze e gravi disturbi comportamentali;
- 6) che la persona interessata usufruisce dei seguenti interventi e servizi socio-sanitari:
  - assistenza domiciliare
  - frequenza di centri diurni
  - contributi regionali per l'aiuto di assistenti familiari (badanti)
  - contributi regionali per le persone con morbo di Alzheimer o altre demenze e gravi disturbi comportamentali per i mesi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

*(Sezione da compilare qualora la domanda sia presentata dalla stessa persona non autosufficiente)*

Il sottoscritto indica come persona di riferimento, in quanto persona che fornisce direttamente l'assistenza al richiedente (ai sensi e per i fini della L.R. 28/1991):

Cognome e nome: \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**1. Collaborazione per l'aggiornamento**

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, 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 dati della persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale (e le dimissioni dalla stessa);
- b) il decesso;
- c) 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).
- d) il cambiamento del Comune di residenza e quello del Comune di domicilio;
- e) il periodo coperto dalla contribuzione prevista dalla L.R. 5/01 (Alzheimer);
- f) il cambiamento della persona di riferimento.

### 1. Riscossione del beneficio

Il sottoscritto chiede che la liquidazione del beneficio economico della L.R. 28/1991 avvenga tramite una delle seguenti modalità:

- assegno non trasferibile intestato a \_\_\_\_\_
  
- accredito su c/c bancario: c/c n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_ banca \_\_\_\_\_ agenzia \_\_\_\_\_, ABI \_\_\_\_\_, CAB \_\_\_\_\_.
  
- mandato di pagamento presso la banca \_\_\_\_\_, con delega per \_\_\_\_\_ la riscossione \_\_\_\_\_ al/la \_\_\_\_\_ Sig./a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

( ) Annotazione estremi documento di identità \_\_\_\_\_ Firma apposta dal dichiarante in presenza di \_\_\_\_\_ Presentata copia del documento di identità \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara il proprio consenso, ex L.675/96, al trattamento da parte della Regione del Veneto e del Comune dei propri dati personali, raccolti a seguito della compilazione della presente istanza, al fine dell'erogazione del contributo richiesto.

Firma \_\_\_\_\_