

AZIENDA ULSS N. 6 EUGANEA - DISTRETTO S.S. N. \_\_\_\_\_

## Contributo per servizi connessi / complementari alla cura a domicilio o in struttura

FSE+ 2021-2027 - DGR 752/2024

TIMBRO PER RICEVUTA

ID DI PRESENTAZIONE  
DELLA DOMANDA

\_\_\_\_\_

Note PUAD:

### Check list della documentazione allegata alla domanda e della compilazione dei dati necessari:

- Fotocopia del documento di identità della persona non autosufficiente
- Fotocopia del documento di identità dell'eventuale delegato a presentare la domanda
- Scheda SVaMA
- Attestazione ISEE socio sanitario della persona non autosufficiente
- Modulo di delega oppure atto di nomina del Tutore legale o dell'Amministratore di Sostegno da parte del Giudice tutelare
- Compilazione dei punti 6 o 7 della pag. 3 del presente modulo

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_  
dell'Azienda ULSS n. 6 Euganea

Il sottoscritto (cognome e nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il

Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_

Recapito telefonico (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico (facoltativo) \_\_\_\_\_

**e-mail (obbligatoria)** \_\_\_\_\_  
PEC (facoltativa) \_\_\_\_\_

in qualità di:

- persona direttamente interessata;
- tutore;
- soggetto facente parte del medesimo nucleo familiare convivente ai fini anagrafici;
- coniuge/altra parte dell'unione civile, anche non convivente ai fini anagrafici;
- parente entro il primo grado (genitore/figlio), anche non convivente ai fini anagrafici;
- curatore (art. 424 cod. civ.) o amministratore di sostegno del destinatario (L. n. 6/2004);
- altro soggetto dotato di procura speciale ad agire in nome e per conto del destinatario.

**presenta domanda di contributo per servizi connessi / complementari alla cura**

a domicilio                      in struttura

**a proprio favore**

*ovvero, in alternativa,*

**a favore di**

*(da compilare a cura del legale rappresentante, familiare altra persona così come indicato dall'avviso)*

(cognome e nome)

nato/a a (            ) il

Codice Fiscale

residente nel Comune di (            )

in via n.                      località

Telefono

Cellulare

e-mail

*compilare SOLO se diverso dalla residenza:*

domiciliato nel Comune di (            )

in via n.                      località

**Dati relativi all'istante del contributo per le attività ex art. 4 Reg. UE 2021/1060 e art. 17 Reg. UE 2021/1057**

- |   |    |    |                       |
|---|----|----|-----------------------|
| ● origine extra UE <sup>1 2</sup>                         | SI | NO |                       |
| ● appartenente a minoranza <sup>3</sup>                   | SI | NO |                       |
| ● senzateo o colpito da esclusione abitativa <sup>4</sup> | SI | NO |                       |
| ● occupato  | SI | NO | NO, da più di 12 mesi |
| ● persona inattiva  | SI | NO |                       |

**Medico di Medicina Generale dr.**

**A tal fine, il sottoscritto comunica:**

- 1) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio qualora non inserito in struttura;
- 2) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere le informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 3) 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;
- 4) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale), come previsto dalla vigente normativa nazionale;
- 5) di voler ricevere la comunicazione relativa all'eventuale inammissibilità della presente domanda all'indirizzo e-mail indicato alla pag. 1 del presente modulo di domanda;

**A tal fine, il sottoscritto inoltre dichiara**

*sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:*

- 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 di questa domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale);
- 3) di essere a conoscenza che la mancata presentazione dell'Attestazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- 4) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da Informativa sul trattamento dei dati personali allegata comporta l'esclusione dal beneficio;
- 5) di essere a conoscenza che la parziale compilazione dei campi richiesti dalla presente domanda di contributo (ad esclusione di quelli relativi all'istante del contributo per le attività ex art. 4 Reg. UE 2021/1060 e art. 17 Reg. UE 2021/1057) comporta che la stessa sia incompleta e non processabile;
- 6) **che la persona interessata non autosufficiente è inserita nella graduatoria del Registro Unico della residenzialità della Azienda ULSS 6 Euganea e non ancora accolta in struttura:**  

**SI      NO**
- 7) **che la persona interessata non autosufficiente è inserita presso il Centro di servizi**  
  
**è assistita a domicilio.**
- 8) di essere a conoscenza che l'esito dell'ammissibilità e finanziabilità delle domande verrà reso noto e comunicato tramite la pubblicazione all'Albo pretorio di Azienda Zero dell'elenco dei relativi ID riferiti alle domande di contributo. Tale pubblicazione avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

### **Comunicazione all'accredito:**

Il sottoscritto, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione del contributo venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato:

- al destinatario (persona non autosufficiente per la quale è presentata la domanda)
- al legale rappresentante (come sopra specificato)

e cui fa capo il seguente codice IBAN:

### **Collaborazione per l'aggiornamento:**

Il sottoscritto si impegna a collaborare con l'Azienda ULSS comunicando tempestivamente allo Sportello in cui è stata presentata la presente domanda, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta l'Azienda ULSS lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) il cambiamento della persona di riferimento;
- b) Le variazioni del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.
- c) Le variazioni dell'IBAN del destinatario o del legale rappresentante.
- d) La permanenza a domicilio dopo tre mesi dalla chiusura del beneficio rispondendo alla comunicazione inviata alla mail indicata nella presente domanda da parte dell'Azienda ULSS.

Ogni variazione dovrà essere comunicata all'indirizzo PEC dell'Azienda Ulss 6 Euganea all'indirizzo protocollo.aulss6@pecveneto.it, o allo sportello PUAD presso il quale è stata presentata la presente domanda.

(luogo e data)

Il dichiarante

---

---

<sup>1</sup> **Cittadini dell'UE** provenienti da un contesto migratorio per discendenza da genitori giunti da un paese terzo.

<sup>2</sup> **Cittadini degli Stati membri dell'UE** che erano cittadini di un paese terzo e che sono diventati cittadini dell'UE attraverso il processo di naturalizzazione in uno degli Stati membri dell'UE.

<sup>3</sup> Popolazioni (quali ad esempio Rom, Sinti ecc.) fatte oggetto di specifiche forme di discriminazione e razzismo oppure gruppi di persone con caratteristiche personali che le rendono soggette a discriminazioni.

<sup>4</sup> **Persone senza tetto:** persone che vivono dove capita e in alloggi di emergenza. **Persone prive di una casa:** persone che vivono in alloggi per i senzatetto, nei rifugi per donne, in alloggi per gli immigrati, persone che sono state dimesse dagli istituti e persone che beneficiano di un sostegno di lungo periodo perché senzatetto Laboratorio Obiettivi di Policy 2021-2027 LAB OP4. Definizioni nazionali indicatori comuni FSE+:

- persone che vivono in condizioni di insicurezza abitativa: persone che vivono in situazioni di locazioni a rischio, sotto la minaccia di sfratto o di violenza;
- persone che vivono in condizioni abitative inadeguate; persone che vivono in alloggi non idonei, abitazioni non convenzionali, ad esempio in roulotte senza un adeguato accesso ai servizi pubblici come l'acqua, l'elettricità, il gas o in situazioni di estremo sovraffollamento;
- persone inserite in progetti di Housing First /Housing Led per le quali è ancora attiva la presa in carico da parte dei servizi sociali territoriali