



**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; Del. G.R. n.724/2022; Del. G.R. n. 830/2022***

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



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; 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 Referente della Famiglia\* \_\_\_\_\_, con domicilio del Nucleo Familiare a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Email<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ 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 familiare<sup>2</sup>
- B**  soggetto diverso dal caregiver familiare
- B1**  soggetto parente o affine del caregiver familiare
- B2**  Altro<sup>3</sup> : \_\_\_\_\_

#### **RICHIESTE**

**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)

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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



**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  Prov.

Data di nascita                      giorno                       mese                       anno

Luogo di residenza  Prov.

Via/Corso/Strada  n.

**DICHIARA**

**Il paziente assistito dal caregiver familiare è stato beneficiario di progetti "Dopo di Noi" (annualità 2020-2021-2022)**

sì                       no

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

**Il paziente assistito dal caregiver familiare è ricoverato presso una struttura residenziale sociosanitaria o sanitaria assistenziale**

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 ORDINARIO<sup>4</sup> rilasciata da INPS per il nucleo familiare del caregiver familiare**

<sup>4</sup> 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



**(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:

- 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 2020-2021/2022**

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	
<b>044.4</b>	Cecità Civile
<b>044.5</b>	Sordità Civile
<b>044.6</b>	Invalidità Civile
<b>104</b>	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	
<b>07</b>	INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80)
<b>08</b>	INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti
<b>11</b>	MINORE con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/80) - indennità di accompagnamento
<b>12</b>	MINORE INVALIDO con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita(L.18/80) - indennità di accompagnamento
<b>16</b>	INVALIDO ultrasessantacinquenne con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.508/88)
<b>17</b>	INVALIDO ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.508/88)
<b>C</b>	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**
- 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:**

- Possesto di certificazione di diagnosi specialistica, rilasciata a partire dal \_\_\_\_\_ - attestante la condizione di gravissima non autosufficienza<sup>5</sup>**

<sup>5</sup> La presente certificazione andrà allegata alla domanda, mediante inserimento in piattaforma



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)
- 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)**

**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 \_\_\_\_\_

**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](http://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*



***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](mailto: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](mailto: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 -*





**REGIONE  
PUGLIA**

DIPARTIMENTO WELFARE

SEZIONE BENESSERE SOCIALE, INNOVAZIONE E SUSSIDIARIETA'

00187 Roma, protocollo@gdpd.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](http://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.*

Comune di Parabita - Cod. Arrivo: 09225 - Prot. n. 001 2974 del 24/06/2022 - Prot. n. ARRIVO