



Associazione Intercomunale del Veneto Orientale

Comuni di Cinto Caomaggiore, Portogruaro e Teglio Veneto

Ufficio Unico dei Servizi Sociali

Modalità di accesso

La domanda di ICD può essere presentata ai Servizi Sociali del proprio Comune di residenza o allo Sportello Integrato del Distretto Socio Sanitario in qualsiasi momento dell'anno. Sono soggetti titolati a presentare domanda:

1. persona direttamente interessata
2. legale rappresentante
3. familiare, anche non convivente

Compilazione della domanda

La scelta della tipologia di impegnativa di cura domiciliare da presentare al Comune dipende da:

- ICD b (ex assegno di cura base)
- ICD m (ex assegno di cura demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali)

La scelta della tipologia di impegnativa di cura domiciliare da presentare al Distretto dipende da:

- ICD a (per persone affette da disabilità gravissime e in condizioni di dipendenza da apparecchiature medicali per la sopravvivenza)
- ICD p (ex interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale: per persone affette da disabilità psichica ed intellettiva)
- ICD f (ex vita indipendente: per persone in età adulta affette da grave disabilità fisico motoria)

Documenti da allegare alla domanda:

1. Scheda SvaMA semplificata che viene compilata **gratuitamente** dal Medico di famiglia
2. Dichiarazione ISEE in corso di validità con valore **ISEE non superiore ad Eur 16.700,00**
3. Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente
4. Copia tessera sanitaria del beneficiario
5. Copia invalidità del beneficiario (se in possesso)

Sede principale: Via Arma di Cavalleria, 1-3 – 30026 PORTOGRUARO - tel. 0421-75535 – fax 0421-285042
e-mail: portogruaro.sociale@adria.it PEC: comune.portogruaro.ve@pecveneto.it

orario al pubblico: da lun a ven dalle ore 10 alle ore 12, il mercoledì dalle ore 15 alle ore 17

Ufficio decentrato: Piazza San Biagio, 1 – 30020 CINTO CAOMAGGIORE - tel 0421-209534 int. 8

orario al pubblico: il martedì dalle 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.30

il mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 13.00, il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 (solo su appuntamento)

Ufficio decentrato: Via Roma, 9 – 30025 TEGLIO VENETO - tel 0421-706025 int. 3

orario al pubblico: il mercoledì dalle ore 8.30 alle ore 13.00

giovedì dalle ore 14.30 alle ore 17.30 (solo su appuntamento)



La Regione del Veneto ha recentemente innovato le modalità di erogazione dei **contributi per le cure domiciliari per le persone non autosufficienti**.

Dal 2013 l'Assegno di Cura è sostituito dall'Impegnativa di Cura Domiciliare, abbreviata con la sigla **ICD**.

Dal 2014 l'ICD modificherà anche le modalità di erogazione dei contributi per la Vita indipendente e per l' Aiuto e l'Autonomia personale delle persone con disabilità.

In totale sono state previste **5 tipologie di ICD**, una delle quali costituisce una novità in quanto destinata a persone con grave necessità assistenziale nelle 24 ore della giornata.

La nuova procedura ha **predefinito gli importi dei contributi e le modalità di assegnazione, basata su graduatorie per gravità di bisogno assistenziale e situazione economica rilevata con l'ISEE**.

Dal 2014 il **pagamento dell'ICD sarà effettuato dalle ULSS con cadenza mensile o trimestrale**. Per il 2013 avverrà invece in un'unica soluzione.

Che cos'è l'ICD?

È un contributo erogato per l'assistenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio. Serve ad acquistare direttamente prestazioni di supporto e assistenza nella vita quotidiana, ad integrazione delle attività di assistenza domiciliare dell'ULSS.

A chi sono rivolte le 5 tipologie di ICD?

- Utenti con **basso** bisogno assistenziale (ICDb), verificato dalla rete dei servizi sociali e dal Medico di Medicina Generale, con ISEE familiare inferiore a 16.631,71€. Il contributo mensile è di 120,00€.
- Utenti con **medio** bisogno assistenziale (ICDm), verificato dal Distretto Socio Sanitario, con presenza di demenze di tutti i tipi accompagnate da gravi disturbi comportamentali o con maggior bisogno assistenziale rilevabile dal profilo SVaMA, con ISEE familiare inferiore a 16.631,71€. Il contributo mensile è di 400,00€.
- Utenti con **alto** bisogno assistenziale (ICDa), verificato dal Distretto Socio Sanitario, con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore, con ISEE familiare inferiore a 60.000,00€⁽¹⁾.
- (dal 2014) Utenti con **grave disabilità psichica e intellettiva** (ICDp), già interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale ⁽¹⁾.
- (dal 2014) Utenti con **grave disabilità fisico-motoria** (ICDf): persone in età adulta, con capacità di autodeterminazione e grave disabilità fisico-motoria, (già progetti di vita indipendente)⁽¹⁾.

Ulteriori requisiti sono specificati nel modulo di domanda.

(1) Per queste ICD gli importi del contributo sono variabili in funzione del reddito o del progetto assistenziale.

Come si accede all'ICD?

Si possono ottenere informazioni presso gli sportelli integrati e gli altri punti di accesso della rete dei servizi (sportelli dei Servizi sociali dei Comuni o di altri enti delegati, sportelli del Distretto Socio Sanitario). Presso gli stessi sportelli possono presentare la domanda i diretti interessati, i familiari o le persone che ne hanno la rappresentanza.

Cosa deve fare chi riceve già l'Assegno di Cura o ha già fatto domanda nel 2013?

I beneficiari dell'Assegno di Cura passano automaticamente all'ICD ⁽²⁾, qualora ne conservino il diritto, mentre le nuove domande pervenute nel 2013, saranno valutate e messe a graduatoria entro il 2013.

(2) L'Assegno di Cura "badanti" è convertito nell'ICDb. Per l'eventuale passaggio all'ICDm va presentata una nuova domanda.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI VISITA IL SITO INTERNET

WWW.REGIONE.VENETO.IT

(Percorsi → Sociale → Non autosufficienza)

OPPURE IL SITO INTERNET DELLA TUA AZIENDA ULSS

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:

- Impegnativa di Cura Domiciliare di **basso bisogno assistenziale (ICDb)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDm)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per i **servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)**

3. A tal fine, il sottoscritto 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 della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
 - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) 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;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;
- 7) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
- 8) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ (____)

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICDB – ICDM – ICDA)**

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01.Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
02.Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
04.Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
05.Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
10.Disponibilità cibo in casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
11.Convivenza con animali domestici*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
13.Pulizia della casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
14.Riordino della casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
15.Riscaldamento (inverno)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
16.Condizionamento (estate)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	

* Facoltativo per ICDA

In fede,

Luogo, _____

Data |_|_|/|_|_|/|_|_|

Il dichiarante

(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro (_____)

Numero: _____

Rilasciato il |_|_|/|_|_|/|_|_| da _____

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione del Veneto, del suo Comune di residenza (o dell'Ente da questi delegato) e della Azienda ULSS a cui fa capo il Comune.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Cura Domiciliare (di seguito ICD), della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale (per le ICDB) o dalle UVM distrettuali per le altre tipologie di ICD, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR 1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- b) Finalità funzionali alla gestione dell'ICD e degli adempimenti che da esso dipendono.
- c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alla programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di fare aggiornare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Assegno di cura in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda (Comune o ente delegato, per l'ICDB, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD)

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICD nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,

Luogo, _____

Data |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Il dichiarante

(firma leggibile)

MODULO DI CONSENSO

Espressione del consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell'interessato ai fini della legge 31-12-96 numero 675 e all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale

Il sottoscritto, nato a il
....., residente a in Via,
dichiarando di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia della riservatezza dei
dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (Art. 13 diritti dell'interessato, Art. 22
dati sensibili, Art. 23 dati sanitari) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati
richiesti,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

1. al trattamento dei dati personali

propri

del familiare, nato a il
.....

ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie;

2. all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale.

Luogo e data, _____

Firma leggibile

Parte da compilare in caso di consenso firmato da un familiare

*Il sottoscritto dr. dichiara che al momento della visita
(il giorno alle ore) il sig., nato il
....., non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.*

Firma del medico
.....