



“Sostegno nella gestione dei carichi assistenziali della persona anziana assistita a domicilio, di norma ultrasessantacinquenne, non autosufficiente in stato di comprovata vulnerabilità. Periodo 2025 – 2026”
DGR n. 564 del 21/05/2025
CUP: C19G25000030009

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER SERVIZI CONNESSI/COMPLEMENTARI ALLA CURA A DOMICILIO

All’Azienda per il Governo della Sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero Padova

ID DELLA DOMANDA: _ _____ **del** _____

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	NOME <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	DATA DI NASCITA <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	PROV. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	CODICE FISCALE <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	GENERE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
COMUNE DI RESIDENZA <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	CAP <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	VIA e N. CIVICO <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	PROV. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

- sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000.
- consapevole che la parziale compilazione del presente modulo e/o la mancanza di almeno uno degli allegati richiesti comporta l’impossibilità di valutare e processare la presente domanda che sarà ritenuta, in questi casi, non ammissibile.
- è a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla presente domanda, come da Informativa sul trattamento dei dati personali allegata, comporta l’esclusione dal sussidio.
- è a conoscenza che gli allegati a questa domanda costituiscono parte integrante della stessa.
- è a conoscenza che su questa domanda e sui suoi allegati – qualora valutata ammissibile e finanziabile – potranno essere effettuati in qualsiasi momento, verifiche istruttorie e, in presenza di dichiarazioni non conformi a vero, il sussidio sarà revocato con il recupero di quanto eventualmente già liquidato.

- presenta domanda di sussidio a proprio nome**, quale anziano non autosufficiente.

oppure

- presenta domanda di sussidio, in qualità di:**



- legale rappresentante tutore, curatore, amministratore di sostegno (ex Legge 6/2004).
 delegato dall'anziano non autosufficiente richiedente il sussidio alla presentazione della domanda
(solo per la presentazione allo sportello delle AULSS)

per conto di (inserire i dati dell'anziano non autosufficiente per il quale si richiede il sussidio):

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>	
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA <input type="text"/>	PROV. <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>	GENERE <input type="text"/>
COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>	VIA e N. CIVICO <input type="text"/>	PROV. <input type="text"/>

La seguente documentazione deve essere allegata e deve essere compilata in maniera leggibile e completa al fine di poter essere valutata:

- copia fotostatica fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità dell'anziano non autosufficiente.
- copia fotostatica fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità del Legale Rappresentate.
- copia fotostatica fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità del delegato a presentare la domanda da parte dell'anziano non autosufficiente.
- **Nel caso in cui il presentatore della domanda sia il Legale Rappresentante:** documentazione attestante la qualifica di tutore, curatore (art. 424 cod. civ.), amministratore di sostegno del destinatario (L. n. 6/2004) (per esempio, provvedimenti del giudice tutelare, verbale di accettazione e immissione in funzioni).
- **Nel caso in cui il presentatore della domanda sia il Delegato:** delega a presentare la domanda da parte dell'anziano non autosufficiente.

CONTATTI DI RIFERIMENTO	
Telefono <input type="text"/>	e/o Cellulare <input type="text"/> (è obbligatorio indicare almeno uno dei due contatti telefonici)
e-mail (obbligatoria)	<input type="text"/>
PEC (facoltativa)	<input type="text"/>

Azienda Zero comunicherà informazioni, dati personali e ogni altro contenuto esclusivamente a questi contatti.
Eventuali richieste di informazioni ed istanze saranno riscontrate per iscritto solo agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.

In riferimento alla presente domanda, il sottoscritto presentatore della domanda, inoltre, dichiara:

- 1) che la persona interessata non autosufficiente è assistita a domicilio non istituzionalizzato con o senza riconoscimento impegnativa di residenzialità o Quota Sanitaria di Accesso.



- 2) 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 del relativo ID riferito a questa domanda. **Tale pubblicazione avrà valore, a tutti gli effetti, di notifica dell'esito della domanda.**
- 3) che l'anziano non autosufficiente non è destinatario del contributo ex DGRV n. 752/2024.
- 4) che l'anziano non autosufficiente non ha, da Anagrafe Comunale, la residenza in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale).
- 5) che l'anziano non autosufficiente è iscritto nel Registro Unico della Residenza (RUR) e la sua residenza, da Anagrafe Comunale, non è in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). SI NO
- 6) che l'anziano non autosufficiente è inserito in struttura residenziale a regime totalmente privato o non titolare di impegnativa di residenzialità e la sua residenza, da Anagrafe Comunale, non è in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). SI NO
- 7) I seguenti dati utili alla valutazione della domanda:

Il valore della S.Va.Ma. è	<input type="text"/>	Data del documento gg/mm/aaaa	
Il valore dell'ISEE è	<input type="text"/>	Data del documento gg/mm/aaaa	

DATI PER L'ACCREDITO DEL SUSSIDIO

Il sottoscritto - sollevando l'Ente da ogni responsabilità, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000 - chiede che, qualora la richiesta di sussidio fosse ammessa e finanziata, la liquidazione del sussidio venga effettuata mediante accredito sul conto corrente:

intestato cointestato all'anziano non autosufficiente richiedente il sussidio a cui fa capo il seguente codice IBAN:

INTESTATARIO	<input type="text"/>
ISTITUTO DI CREDITO	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>

DEVONO ESSERE 27 CARATTERI

Nel caso di conto corrente cointestato, i contitolari sono:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AVVERTENZA



L'IBAN fornito deve essere collegato ad un conto corrente idoneo alla ricezione di accrediti. Si chiede di verificare con il proprio Istituto di credito. Si rammenta che l'accredito **non è possibile su Libretti Postali**.

Collaborazione per l'aggiornamento:

Il sottoscritto si impegna a comunicare ad Azienda Zero, mediante l'apposita modulistica disponibile sul sito di quest'ultima, le variazioni intervenute rispetto ai seguenti dati comunicati nella presente domanda:

- a) Le variazioni dell'IBAN del beneficiario.
- b) Le variazioni dei contatti di riferimento.
- c) La permanenza a domicilio dopo tre mesi dall'ultima mensilità oggetto di liquidazione. Tale informazione andrà fornita rispondendo alla comunicazione inviata alla mail indicata quale contatto di riferimento nella presente domanda.

QUESTIONARIO

Dati relativi all'anziano non autosufficiente destinatario del sussidio per le attività ex art. 4 Reg. UE 2021/1060 e art. 17 Reg UE 2021/1057):

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|---|
| - origine extra UE ^{1,2} | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - appartenente a minoranza ³ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - senzatetto o colpito da esclusione abitativa ⁴ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - occupato | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> NO, da più di 12 mesi |
| - persona inattiva | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| - lavoratore, compreso lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

Si dichiara di aver letto l'Informativa al trattamento dei dati personali ([link](#)) e si accetta tale trattamento.

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;
- 2) 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;
- 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;



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 e non ancora accolta in struttura; **Si** **No**
- 7) che la persona interessata non autosufficiente:
 - è inserita presso il centro di servizi e di non avere, da Anagrafe Comunale, la residenza in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale);
 - è assistita a domicilio;
- 8) di non essere destinatario del contributo economico previsto dalla DGR n. 752 del 2 luglio 2024;
- 9) 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.

(luogo e data)

Il dichiarante

¹ cittadini dell'UE provenienti da un contesto migratorio per discendenza da genitori giunti da un paese terzo.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.