

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO A UN ASSISTENTE FAMILIARE (CAREGIVER DEL FAMILIARE) E SCELTA DI UN ASSISTENTE FAMILIARE (CAREGIVER DEL FAMILIARE)

Inserire i dati in stampatello.

Prima di compilare il modulo, leggere le istruzioni allegate.

1ª PARTE DELLA DOMANDA – per il riconoscimento del diritto a un assistente familiare (caregiver del familiare) la compila la persona che necessita di assistenza e che esercita il diritto a un assistente familiare (caregiver del familiare)

I. Generalità della persona che si avvale del diritto a un assistente familiare (caregiver)

1. Richiedente

Cognome e nome															
CAUC	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
Indirizzo di residenza permanente (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)															
Indirizzo di residenza temporanea (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)															

Indirizzo della residenza effettiva se ha un indirizzo di residenza permanente e temporanea (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)	
Telefono (non è necessario compilare se sono stati inseriti i dati dei punti 2, 3 o 4)	
Indirizzo di posta elettronica (non è necessario compilare se sono stati inseriti i dati dei punti 2, 3 o 4)	
Paese di assicurazione per l'assistenza a lungo termine (se è assicurato per l'assistenza a lungo termine al di fuori della Repubblica di Slovenia e ha la residenza permanente o temporanea nella Repubblica di Slovenia, dove risiede effettivamente)	
Nome e cognome dei genitori, se uno dei genitori aveva, fino alla maggiore età del richiedente, il diritto riconosciuto al pagamento parziale per la perdita di reddito ai sensi della Legge sull'assistenza parentale e i redditi familiari	

- ☐ Barrare la casella se si richiede il diritto all'assistenza di un familiare sulla base dello status di rifugiato o della protezione sussidiaria ai sensi della Legge che disciplina la protezione internazionale.

2. Compilare se si è autorizzata un'altra persona a presentare la domanda.

Nome e cognome del delegato o nome dell'organizzazione	
CAUC o numero di matricola dell'organizzazione	
Indirizzo per la notifica	
Telefono	

Indirizzo di posta elettronica	
---------------------------------------	--

Il delegato deve necessariamente allegare la delega per la rappresentanza o il modulo compilato di cui all'Allegato.

3. Compilare se si è il tutore del richiedente.

Rapporto di parentela con il richiedente (selezionare un'opzione)	☐ Tutore												
	☐ Tutore per casi speciali												
Nome e cognome													
CAUC													
Indirizzo della residenza permanente (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)													
Indirizzo della residenza temporanea (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)													
Telefono													
Indirizzo di posta elettronica													

4. Compilare se il tutore o il delegato è una persona giuridica.

Nome e indirizzo dell'organizzazione	
Numero di matricola	
Telefono	
Indirizzo di posta elettronica	

II. Altri dati del richiedente

1. Indicare se si ha già diritto a uno dei diritti all'assistenza a lungo termine (contrassegnare la/le opzione/i corrispondente/i):

☐ assistente di un familiare

- ☐ diritti all'assistenza a lungo termine
- ☐ diritti aggiuntivi ai servizi e-care per persone di età pari o superiore a 80 anni

2. Indicare brevemente il motivo per cui si ha bisogno dell'assistenza a lungo termine:

3. Compilare se si ricevono prestazioni paragonabili ai diritti per l'assistenza a lungo termine. Nella tabella seguente si prega di indicare se si ha diritto a uno dei seguenti diritti.

Assegno di assistenza e accompagnamento: (selezionare una delle possibilità nella colonna di destra):	☐ che disciplina l'assicurazione per le pensioni e l'invalidità
	☐ che disciplina l'integrazione sociale delle persone disabili
	☐ che disciplina le prestazioni di sicurezza sociale
	☐ che disciplina i veterani di guerra e gli invalidi di guerra
	☐ che disciplina le pensioni estere o sulla base di un regolamento estero che disciplina le prestazioni acquisite all'estero
☐ Assistenza in Istituto (vivo in una casa di riposo o in un altro istituto di assistenza sociale)	
☐ Diritto all'assistenza personale o all'indennità di comunicazione	

4. È in procinto di ottenere o di esercitare uno dei diritti di cui sopra?
 Scriva quali: _____

III. Allegati (selezionare gli allegati che vengono allegati)

Indicare gli allegati e gli attestati da allegare alla domanda:

- un referto di uno psicologo clinico o di uno specialista in psichiatria o

neurologia che attesti che il test delle capacità cognitive eseguito ha rivelato un grave declino cognitivo (il certificato non deve risalire a più di sei mesi prima della data di presentazione della domanda completa),

- un referto di uno specialista in neurologia o fisiatria che attesti l'incapacità dell'assicurato di usare entrambe le braccia e le gambe(il referto non deve risalire a più di sei mesi prima della data di presentazione della domanda completa),
 - la Decisione che concede il diritto all'integrazione per la perdita di reddito ai sensi della Legge sull'assistenza parentale e i redditi familiari,
 - una delega per la rappresentanza (è possibile compilare anche il modulo in allegato).
 - una copia della decisione passata in giudicato che pone il richiedente sotto tutela, con l'indicazione della portata degli obblighi e dei diritti del tutore.
 - Altro:
-

2ªPARTE DELLA DOMANDA—per la scelta di un assistente familiare (caregiver)

I. Dati del candidato ad assistente familiare (caregiver)

Cognome e nome:													
CAUC:													
Indirizzo di residenza permanente o, in mancanza di una residenza permanente, l'indirizzo di residenza temporanea (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)													
Indirizzo di residenza effettiva (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)													
Conto corrente bancario	SI56												
In caso di conto all'estero:	IBAN												
	codice BIC/SWIFT												
	nome della banca												
	indirizzo della												
Telefono													
Indirizzo di posta elettronica*													
Paese di assicurazione per l'assistenza a lungo termine (se è assicurato per l'assistenza a lungo termine al di fuori della Repubblica di Slovenia e ha la residenza permanente o temporanea nella Repubblica di Slovenia, dove risiede effettivamente)													

Rapporto di parentela con il beneficiario dell'assistenza a lungo termine:	☐ coniuge, convivente
	☐ figlia e figlio
	☐ figlia e figlio del coniuge o del convivente
	☐ genitore (padre e madre, coniuge o convivente del padre o della madre)
	☐ fratello e sorella
	☐ nonni
	☐ nipote maschio o nipote femmina
	☐ suocero /suocera (genitori del coniuge o del convivente)
	☐ genero /nuora (del coniuge o del convivente)
	☐ patrigno/matrigna
	☐ fratellastro/sorellastra (figli del partner se non sono in comune)
	☐ cognato/cognata (fratelli e sorelle del coniuge o del convivente)
Indicare il nome, il cognome e il CAUC della persona per la quale si desidera effettuare i compiti di assistente familiare	
Se i compiti di assistente familiare vengono prestati a due persone, indicare anche il nome, cognome e CAUC dell'altra persona	

**il dato non è obbligatorio*

Stato del candidato (cerchiare):

- disoccupato,
- lavoratore dipendente,

- lavoratore autonomo,
- socio o fondatore di un ente che ricopre contemporaneamente la carica di dirigente in una società commerciale o in un ente,
- agricoltore,
- beneficiario di pensione di vecchiaia o anticipata,
- beneficiario di pensione di reversibilità,
- beneficiario di pensione familiare,
- beneficiario di pensione di invalidità,
- invalido del lavoro ai sensi della legge che disciplina l'assicurazione pensionistica e di invalidità, a tempo pieno,
- invalido del lavoro ai sensi della legge che disciplina l'assicurazione pensionistica e invalidità, a tempo parziale,
- invalido ai sensi di altre normative; in caso affermativo, specificare quale normativa _____,
- studente,
- altro: _____.

Svolgerò i compiti di assistente familiare (caregiver) con orario part-time(spuntare):

- ☐ no
- ☐ sì, in tal caso l'altro richiedente/candidato ad assistente familiare (caregiver) per l'assistenza a lungo termine, che svolgerà le mansioni di assistente familiare (caregiver) per il periodo restante, deve compilare la tabella sottostante:

Cognome e nome:												
CAUC:												
Indirizzo di residenza permanente o, in mancanza di una residenza permanente, l'indirizzo di residenza temporanea (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)												

Indirizzo di residenza effettiva (via, numero civico, luogo, codice postale, Stato)			
Conto corrente bancario	SI56		
In caso di conto all'estero:	IBAN		
	codice BIC/SWIFT		
	nome della banca		
	indirizzo della		
Telefono			
Indirizzo di posta elettronica*			
Paese di assicurazione per l'assistenza a lungo termine (se è assicurato per l'assistenza a lungo termine al di fuori della Repubblica di Slovenia e ha la residenza permanente o temporanea nella Repubblica di Slovenia, dove risiede effettivamente)			
Rapporto di parentela con il beneficiario dell'assistenza a lungo termine:		☐ coniuge, convivente	
		☐ figlia e figlio	
		☐ figlia e figlio del coniuge o del convivente	
		☐ genitore (padre e madre, coniuge o convivente del padre o della madre)	
		☐ fratello e sorella	
		☐ nonni	
		☐ nipote maschio o nipote femmina	
		☐ suocero /suocera (genitori del coniuge o del convivente)	
		☐ genero /nuora (del coniuge o del convivente)	

	☐ patrigno/matrigna ☐ fratellastro/sorellastra (figli del partner se non sono in comune) ☐ cognato/cognata (fratelli e sorelle del coniuge o del convivente)
Indicare il nome, il cognome e il CAUC della persona per la quale si desidera effettuare i compiti di assistente familiare	
Se i compiti di assistente familiare vengono prestati a due persone, indicare anche il nome, cognome e CAUC dell'altra persona	

**il dato non è obbligatorio*

Stato del candidato (cerchiare):

- disoccupato,
- lavoratore dipendente,
- lavoratore autonomo,
- socio o fondatore di un ente che ricopre contemporaneamente la carica di dirigente in una società commerciale o in un ente,
- agricoltore,
- beneficiario di pensione di vecchiaia o anticipata,
- beneficiario di pensione di reversibilità,
- beneficiario di pensione familiare,
- beneficiario di pensione di invalidità,
- invalido del lavoro ai sensi della legge che disciplina l'assicurazione pensionistica e di invalidità, a tempo pieno,
- invalido del lavoro ai sensi della legge che disciplina l'assicurazione pensionistica e invalidità, a tempo parziale,
- invalido ai sensi di altre normative; in caso affermativo, specificare quale normativa _____,
- studente,

– altro: _____.

II. Allegati (selezionare gli allegati che vengono allegati)

- ☐ certificato comprovante l'assenza di precedenti penali del Ministero della Giustizia,
- ☐ nel caso di due utenti che ricevono assistenza a lungo termine contemporaneamente allegare la decisione sull'assistente familiare (caregiver) dell'altro utente.

III. DICHIARAZIONE

Il richiedente e il/i candidato/candidati per il caregiver dichiarano che il servizio sarà erogato prevalentemente presso l'indirizzo di residenza comune di fatto indicato:

_____.

Il richiedente e il/i candidato/candidati per il caregiver dichiaro/-iamo che tutte le informazioni fornite nel modulo sono vere, corrette e complete e che per la dichiarazione mi/ci assumo/assumiamo la piena responsabilità materiale e penale della dichiarazione.

Data: _____

Firma del richiedente:

Firma del candidato per l'assistente familiare (caregiver):



IV. DICHIARAZIONE DEL CANDIDATO A CAREGIVER FAMILIARE IN MERITO ALL'ACQUISIZIONE DEI DATI SULLO STATO DI SALUTE CONTENUTI NELLA CARTELLA CLINICA PERSONALE

Il sottoscritto

(nome e cognome)

[illegible]

(CAUC)

con residenza permanente all'indirizzo

_____ (indirizzo di residenza permanente), candidato/a a caregiver del familiare

rendo la seguente DICHIARAZIONE*

con cui autorizzo la commissione di invalidità di I e II grado dell'Istituto per la previdenza sociale e l'invalidità della Slovenia a ottenere, nell'ambito della preparazione della mia valutazione delle capacità psicofisiche come candidato a caregiver di un familiare ai sensi del quarto comma dell'articolo 20 della Legge sull'assistenza a lungo termine (Gazzetta ufficiale RS, n. 84/23, 112/24 e 44/25), di acquisire informazioni sul mio stato di salute dall'intera documentazione sanitaria disponibile (cartella clinica)

e

autorizzo il mio medico,

_____ (nome e cognome, denominazione della struttura sanitaria), a trasmettere alla commissione di invalidità di I e II grado dell'Istituto per la previdenza sociale e l'invalidità della Slovenia l'intera mia documentazione sanitaria (cartella clinica), per la valutazione della mia idoneità psicofisica come candidato a caregiver di un familiare ai sensi del quarto comma dell'articolo 20 della Legge sull'assistenza a lungo termine (Gazzetta ufficiale RS, n. 84/23, 112/24 e 44/25).

Data:

Firma del candidato a caregiver di un familiare:

* La dichiarazione non è obbligatoria; se non viene presentata, sarà richiesta dal punto di accesso competente presso il CSD nell'ambito della valutazione delle capacità psicofisiche.

**v. DICHIARAZIONE DELL'ALTRO CANDIDATO A CAREGIVER
FAMILIARE IN MERITO ALL'ACQUISIZIONE DEI DATI SULLO STATO
DI SALUTE CONTENUTI NELLA CARTELLA CLINICA PERSONALE**

Il sottoscritto

_____ (nome e cognome)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(CAUC)

con residenza permanente all'indirizzo

_____ (indirizzo di residenza
permanente), candidato/a a caregiver del familiare

rendo la seguente DICHIARAZIONE*

con cui autorizzo la commissione di invalidità di I e II grado dell'Istituto per la previdenza sociale e l'invalidità della Slovenia a ottenere, nell'ambito della preparazione della mia valutazione delle capacità psicofisiche come candidato a caregiver di un familiare ai sensi del quarto comma dell'articolo 20 della Legge sull'assistenza a lungo termine (Gazzetta ufficiale RS, n. 84/23, 112/24 e 44/25), di acquisire informazioni sul mio stato di salute dall'intera documentazione sanitaria disponibile (cartella clinica)

e

autorizzo il mio medico,

_____ (nome e cognome,
denominazione della struttura sanitaria), a trasmettere alla commissione di invalidità di I e II grado dell'Istituto per la previdenza sociale e l'invalidità della Slovenia l'intera mia documentazione sanitaria (cartella clinica), per la valutazione della mia idoneità psicofisica come candidato a caregiver di un familiare ai sensi del quarto comma dell'articolo 20 della Legge sull'assistenza a lungo termine (Gazzetta ufficiale RS, n. 84/23, 112/24 e 44/25).

Data: _____

Firma dell'altro candidato a caregiver di un familiare:

* La dichiarazione non è obbligatoria; se non viene presentata, sarà richiesta dal punto di accesso competente presso il CSD nell'ambito della valutazione delle capacità psicofisiche.

VI. DATA E FIRMA DEL RICHIEDENTE E DEL CANDIDATO A CAREGIVER DEL FAMILIARE

Data: _____

Firma del richiedente che esercita il diritto a diventare caregiver di un familiare, tutore, tutore per casi speciali o delegato autorizzato:

Firma del candidato a diventare caregiver di un familiare:

Firma dell'altro candidato a diventare caregiver di un familiare:

Il richiedente, ovvero il tutore, il tutore provvisorio, il tutore per casi speciali o il rappresentante autorizzato, dichiara che tutti i dati indicati nella domanda sono veritieri, esatti e completi e che si assume ogni responsabilità civile e penale per la propria dichiarazione.

VII. Informativa sulla protezione dei dati personali

Il titolare del trattamento dei suoi dati personali è il Ministero per un futuro solidale, Dunajska cesta 21, 1000 Lubiana (gp.msp@gov.si). I suoi dati personali vengono raccolti e trattati in base alla legge che disciplina l'assistenza a lungo termine e al Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679 ai fini della determinazione dell'ammissibilità ai diritti all'assistenza a lungo termine, dell'erogazione dell'assistenza a lungo termine, del pagamento dell'indennità in denaro e del monitoraggio del rispetto dei requisiti di

ammissibilità. I dati vengono trasmessi all'Istituto di assicurazione sanitaria della Slovenia per l'erogazione delle prestazioni in denaro, al punto di accesso (centro di assistenza sociale) per la determinazione dei diritti e ad altri organismi, se previsto dalla legge. I dati non vengono trasferiti a paesi terzi al di fuori dell'UE/SEE e vengono conservati per 10 anni dopo la cessazione dell'ammissibilità. Ha il diritto di accesso, rettifica, limitazione del trattamento e opposizione al trattamento, nonché il diritto di presentare un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali della Repubblica di Slovenia (www.ip-rs.si). La trasmissione dei dati è obbligatoria per l'esame della domanda.

**DELEGA DI RAPPRESENTANZA PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO A CAREGIVER
DI UN FAMILIARE**

Il sottoscritto _____
(cognome e nome del delegante)

autorizza

(cognome e nome del delegato)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(CAUC)

con residenza permanente all'indirizzo

(indirizzo della residenza permanente)

a rappresentarmi in tutti i procedimenti relativi all'esercizio del diritto a caregiver di un familiare, compresi la presentazione di domande, l'adozione di decisioni, la comunicazione con le autorità competenti e l'adozione di qualsiasi altra azione necessaria in relazione all'esercizio di tale diritto.

La delega è valida fino a revoca.

Firma del delegante: _____

Luogo e data: _____

ISTRUZIONI PER COMPILARE LA 1ª PARTE DELLA DOMANDA

La domanda per l'esercizio del diritto a caregiver di un familiare e la scelta del caregiver di un familiare deve essere compilata in conformità con le presenti istruzioni. La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, ad eccezione delle voci che non devono essere compilate nella singola domanda, se ciò è specificamente indicato nella domanda stessa.

È obbligatorio indicare il numero di telefono e l'indirizzo e-mail tramite i quali il richiedente potrà collaborare all'eventuale valutazione a distanza dell'idoneità all'assistenza a lungo termine.

Rispondere alle domande indicando SÌ o NO, barrando la casella appropriata (☐) o scrivendo le informazioni nell'apposito spazio o sulla riga.

Inserire i dati in stampatello.

Dati del richiedente

La domanda deve contenere i dati del richiedente e del suo tutore, del tutore per casi speciali, ovvero del delegato, se il richiedente ne ha uno.

Altri dati del richiedente (le istruzioni riguardano la domanda per l'assistente familiare (caregiver))

Indicare nella domanda se ci si avvale del diritto all'assistente familiare (caregiver) per la prima volta o se si tratta del rinnovo a causa di un cambiamento delle circostanze, in tal caso descrivere anche il mutamento delle circostanze o spiegarne il motivo.

Nell'apposito spazio indicare il motivo per cui si richiede il diritto all'assistente familiare (caregiver), descrivere il proprio stato di salute, la vecchiaia, gli infortuni, la disabilità o la mancanza o perdita di capacità intellettive e di quale assistenza si ha bisogno per tali circostanze.

Indicare sulla domanda se si sta ricevendo una delle prestazioni indicate.

ISTRUZIONI PER COMPILARE LA 2ª PARTE DELLA DOMANDA

La domanda per l'esercizio dei diritti relativi al caregiver di un familiare e per la scelta del caregiver di un familiare deve essere compilata in conformità con le presenti istruzioni. La domanda deve essere compilata integralmente, ad eccezione dei punti che non devono essere compilati per una determinata domanda, se ciò è specificatamente indicato nella domanda stessa.

Dati sul candidato per l'assistente familiare (caregiver) e sul beneficiario dell'assistente familiare (caregiver)

1. Indicare sulla domanda i dati del richiedente/candidato per l'assistente familiare (caregiver).

Se il richiedente per l'assistente familiare (caregiver) fornisce o desidera fornire servizi di assistenza familiare a due richiedenti, ciò deve essere indicato in questa parte della domanda.

Un assistente familiare (caregiver) può assumere un impiego con orario part-time se il richiedente ha due assistenti familiari. In questo caso, il secondo richiedente/candidato per l'assistente familiare (caregiver) deve compilare la tabella della sezione 1. Svolgerò i compiti di assistente familiare (caregiver) con orario part-time.

Se il richiedente/candidato svolgerà i compiti di assistente familiare (caregiver) a tempo pieno, indicare "no" e non compilare la tabella.

ALTRE INDICAZIONI PER COMPILARE LA DOMANDA

Allegati

Se la domanda si correda di attestati, si prega di contrassegnarli in modo appropriato e di allegarli alla domanda. Non è necessario allegare alla domanda certificati, estratti o altri dati comprovanti fatti contenuti nei registri ufficiali tenuti da enti amministrativi e altri enti statali, autorità locali autonome o titolari di poteri pubblici. In questo caso, l'autorità procederà ai sensi dell'articolo 139 della Legge sul procedimento amministrativo generale

(Gazzetta ufficiale RS, n. 24/06 – Testo unico ufficiale, 105/06 – ZUS-1, 126/07, 65/08, 8/10, 82/13, 175/20 – ZIUOPDVE, 3/22 – Zdeb e 85/25). Se la parte dichiara, in conformità alla legge, di vietare all'autorità di reperire d'ufficio i suoi dati personali dai registri ufficiali, o di voler reperire personalmente detti dati, la domanda si considera completa quando corredata degli attestati richiesti dal regolamento.

La dichiarazione del candidato a caregiver di un familiare con cui si autorizza la commissione di invalidità di I e II grado dell'Istituto per la previdenza sociale e l'invalidità della Slovenia ad acquisire, nell'ambito della preparazione della valutazione delle capacità psicofisiche del candidato all'assistenza di un familiare (caregiver) ai sensi del quarto comma dell'articolo 20 della Legge sull'assistenza a lungo termine, informazioni sullo stato di salute dall'intera documentazione medica disponibile (cartella clinica) non è obbligatoria; tuttavia, poiché solo in questo modo l'organo peritale può acquisire i dati necessari per decidere sull'idoneità del candidato a caregiver di un familiare, se non fornita nell'ambito del presente modulo, l'organo amministrativo, ovvero il punto di accesso, ne richiederà l'invio al momento della valutazione delle capacità psicofisiche.

Firma

La domanda deve essere firmata dal richiedente. Se il richiedente che si avvale del diritto all'assistente familiare (caregiver) ha un legale rappresentante (delegato, tutore, tutore provvisorio o tutore per casi speciali), la domanda va firmata da tale soggetto.

La domanda deve essere firmata anche dal richiedente dell'assistente familiare (caregiver).

Se i compiti di assistente familiare (caregiver) saranno svolti da due assistenti familiari (caregiver), ciascuno con orario part-time, la firma deve essere apposta da entrambi i candidati.

Firmando la domanda, ciascuno dei firmatari certifica l'esattezza delle informazioni fornite nella domanda.