

# DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'E-CARE

## **Inserire i dati in stampatello.**

Prima della compilazione leggere attentamente le istruzioni in allegato.

I concetti riportati nel genere grammaticale maschile si intendono utilizzati come neutrali sia per uomini che per donne.

La domanda è destinata a persone di età pari o superiore a 80 anni che si avvalgono del diritto all'e-care come diritto autonomo ai sensi del comma quinto dell'articolo 33 della Legge sull'assistenza a lungo termine (Gazzetta ufficiale RS, n. 84/23 e 112/24).

La domanda deve essere corredata dal referto del medico personale scelto o del medico curante, di un'infermiera preposta all'assistenza a domicilio, o del competente Centro di assistenza sociale, comprovante la sussistenza di ragioni che giustificano il diritto del soggetto assicurato ai servizi di e-care.

## I. Generalità della persona che si avvale del diritto

### 1. Richiedente

<b>Nome e cognome</b>													
<b>CAUC</b>													
<b>Indirizzo di residenza permanente</b> o di residenza temporanea – in assenza di residenza permanente ( <b>via, numero civico, località, CAP, Paese</b> )													
<b>Indirizzo della residenza effettiva</b> (via, numero civico, località, CAP, Paese)													
<b>Telefono</b> (facoltativo)													
<b>Indirizzo di posta elettronica</b> (facoltativo)													
<b>Paese di assicurazione per l'assistenza a lungo termine</b> (se assicurato per l'assistenza a lungo termine al di fuori della Repubblica di Slovenia, e ha residenza permanente o temporanea nella Repubblica di Slovenia dove effettivamente risiede)													

Barrare la casella se si richiede il diritto all'assistenza a lungo termine sulla base dello status di rifugiato, o della protezione sussidiaria ai sensi della Legge sulla protezione internazionale.

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

<b>Nome e cognome del soggetto delegato</b>													
<b>CAUC</b>													
<b>Indirizzo di residenza permanente</b> o di residenza temporanea – in assenza di residenza permanente <b>(via, numero civico, località, CAP, Paese)</b>													
<b>Telefono</b> (facoltativo)													
<b>Indirizzo di posta elettronica</b> (facoltativo)													

Il soggetto delegato deve necessariamente **allegare la delega** di rappresentanza, o la delega di rappresentanza per il riconoscimento del diritto all'assistenza a lungo termine che si trova nel seguito della domanda.

### 3. Compilare se si è il tutore del richiedente

<b>Rapporto con il richiedente</b> (selezionare un'opzione)	<input type="checkbox"/> <b>Tutore (allegare la decisione di nomina a tutore)</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Tutore provvisorio o tutore per casi speciali (allegare la decisione di nomina)</b>
<b>Nome e cognome</b>	
<b>CAUC</b>	
<b>Indirizzo di residenza permanente (via, numero civico, località, CAP, Paese)</b>	
<b>Indirizzo di residenza temporanea (via, numero civico, località, CAP, Paese)</b>	
<b>Telefono</b> (facoltativo)	
<b>Indirizzo di posta elettronica</b> (facoltativo)	

#### 4. Compilare se il tutore o il soggetto delegato è persona giuridica

<b>Denominazione e sede dell'organizzazione</b>	
<b>Numero di matricola</b>	
<b>Telefono</b> (facoltativo)	
<b>Indirizzo di posta elettronica</b> (facoltativo)	

## II. Altri dati del richiedente

### 1. Richiedo il diritto all'e-care (**selezionare una** delle possibilità):

**Per la prima volta**

**Nuovamente**

### 2. Gode del diritto a cure istituzionali (vive in una casa di riposo o in un altro istituto di assistenza sociale)?

**Sì**

**No**

### III. Allegati

Indicare gli allegati e gli attestati da allegare alla domanda:

- il parere del medico personale scelto o del medico curante, di un'infermiera preposta all'assistenza a domicilio, o del competente Centro di assistenza sociale, comprovante la sussistenza di ragioni che giustificano il diritto del soggetto assicurato ai servizi di e-care,
- la delega di rappresentanza (è sufficiente anche compilare il solo modulo in allegato),
- copia della decisione, passata in giudicato, che pone il richiedente sotto tutela, con l'indicazione dell'ambito degli obblighi e dei diritti del tutore,
- altro: \_\_\_\_\_.

### IV. Dichiarazione

Io, richiedente ovvero tutore, tutore provvisorio, tutore per casi speciali o soggetto delegato, dichiaro che tutte le informazioni riportate nella domanda sono veritieri, esatte e complete, e mi assumo la completa responsabilità materiale e penale per la mia dichiarazione.

**Firma** del richiedente che si avvale del diritto all'assistenza a lungo termine, ovvero firma del tutore, tutore provvisorio, tutore per casi speciali o soggetto delegato:

---

Luogo e data: \_\_\_\_\_

# **DELEGA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI ALL'E-CARE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

autorizzo

(cognome e nome del delegante)

\_\_\_\_\_ a rappresentarmi in tutti i procedimenti

(cognome e nome del delegato)

i procedimenti relativi all'esercizio dei diritti all'e-care, comprese 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 tali diritti.

La delega è valida fino a revoca.

Firma del delegante: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

## **ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO**

**La domanda per il riconoscimento del diritto all'e-care 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.

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).

Indicare nella domanda **se ci si avvale del diritto all'assistenza a lungo termine per la prima volta**, o se si tratta del **rinnovo** della domanda a causa di un cambiamento delle circostanze.

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

## **ALTRE INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA**

### **Allegati**

Un allegato obbligatorio alla domanda è il parere del medico personale scelto o del medico curante, o di un'infermiera preposta all'assistenza a domicilio nell'ambito del trattamento medico dell'assistito, o il competente Centro di assistenza sociale, nell'ambito del suo trattamento, accerta che sussistono ragioni che giustificano il diritto del soggetto assicurato ai servizi di e-care.

Se la domanda si corredata 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 e 3/22 - ZDeb). Se il richiedente 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.

### **Firma**

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