

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

Nome e cognome												
CAUC												
Indirizzo di residenza permanente o di residenza temporanea – in assenza di residenza permanente (via, numero civico, località, CAP, Paese)												
Indirizzo della residenza effettiva (via, numero civico, località, CAP, Paese)												
Telefono (facoltativo)												
Indirizzo di posta elettronica (facoltativo)												
Paese di assicurazione per l'assistenza a lungo termine (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

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

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

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

Denominazione e sede dell'organizzazione	
Numero di matricola	
Telefono (facoltativo)	
Indirizzo di posta elettronica (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 veritiere, 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 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 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.