

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

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.

I. Generalità della persona che si avvale del diritto

1. Richiedente

Nome e cognome																
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><td></td> </tr> </table>															
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'assistenza a lungo termine (**selezionare una** delle possibilità):

☐ Per la prima volta

☐ Nuovamente

2. Breve indicazione dei motivi per cui si ha bisogno dell'assistenza a lungo termine.

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

Assegno di assistenza e accompagnamento (selezionare una delle possibilità nella colonna di destra)	<input type="checkbox"/> che disciplina l'assicurazione per le pensioni e l'invalidità
	<input type="checkbox"/> che disciplina l'integrazione sociale delle persone disabili
	<input type="checkbox"/> che disciplina le prestazioni di previdenza sociale
	<input type="checkbox"/> che disciplina i veterani di guerra e gli invalidi di guerra
	<input type="checkbox"/> che disciplina le pensioni estere o sulla base di un regolamento estero che disciplina le prestazioni acquisite all'estero
<input type="checkbox"/> Cure istituzionali (vivo in una casa di riposo o in un altro istituto di assistenza sociale)	
<input type="checkbox"/> Diritto all'assistenza personale o all'indennità di comunicazione	

4. È in procinto di ottenere o di avvalersi di uno dei diritti di cui sopra? Indicare quale: _____

5. Si avvale del diritto all'assistente familiare (caregiver del familiare)?

- ☐ Sì
- ☐ No

6. Compilare in caso di risposta affermativa alla domanda precedente. È d'accordo che il suo diritto all'assistente familiare venga meno nel momento in cui sottoscrive un piano personale per beneficiare di un'altra forma di assistenza a lungo termine:

- ☐ Sì
- ☐ No

III. Allegati

Indicare gli allegati e gli attestati allegati alla domanda:

- ☐ il certificato di uno specialista in neurologia o fisiatria che attesti l'incapacità dell'assicurato di usare le braccia e le gambe (il certificato non deve risalire a più di sei mesi prima della data di presentazione della domanda completa),
- ☐ il certificato 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),
- ☐ la decisione di riconoscimento dello status di persona disabile,
- ☐ la decisione che concede il diritto all'integrazione per la perdita di reddito ai sensi della Legge sull'assistenza parentale e i redditi familiari,
- ☐ 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 DI RAPPRESENTANZA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI ALL'ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

Il sottoscritto _____ autorizzo
(cognome e nome del delegante)

_____ a rappresentarmi in tutti i procedimenti
(cognome e nome del delegato)

relativi all'esercizio dei diritti all'assistenza a lungo termine, 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 dei diritti all'assistenza a lungo termine **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 (esempio: alla domanda numero 6 si deve rispondere se la risposta alla domanda numero 5 è affermativa).

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 il 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

La domanda non prevede allegati obbligatori. Tranne nel caso in cui il richiedente rivendichi il diritto all'assistenza a lungo termine ai sensi del comma terzo dell'articolo 12, per cui è obbligatorio allegare un referto di uno specialista in neurologia o fisiatria che attesti l'incapacità dell'assicurato di usare le braccia e le gambe, o un referto di uno psicologo o di uno specialista in psichiatria o neurologia che attesti che il test cognitivo ha rivelato un grave declino cognitivo.

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'assistenza a lungo termine ha un legale rappresentante (delegato, tutore, tutore provvisorio o tutore per casi speciali), la domanda va firmata da tale soggetto.