



Spett.le COMUNE DI

**PROGRAMMA REGIONALE RITORNARE A CASA PLUS, D.G.R. R.A.S. n° 63/12 del 11.12.2020.
RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PROGETTO PERSONALIZZATO ANNUALITA' 2021/2022**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

residente a _____,

Via/ Piazza _____ n° _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Tel _____

e-mail _____ pec _____

In qualità di:

destinatario del Progetto

Oppure:

amministratore di sostegno/ incaricato della tutela/ curatore

titolare della potestà genitoriale

familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): _____

CHIEDE

Per se stesso

in favore di:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____,

residente a _____,

Via/ Piazza _____ n° _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Tel _____



l'inserimento nel Programma "Ritornare a casa Plus" finalizzato all'ottenimento del contributo regionale come definito dalla **Delibera della Regione Autonoma della Sardegna n° 63/12 del 11.12.2020**:

- LIVELLO BASE A
- LIVELLO BASE B (EX DISABILITA' GRAVISSIME)
- LIVELLO ASSISTENZIALE 1° – CONTRIBUTO ORDINARIO
- LIVELLO ASSISTENZIALE 2° – CONTRIBUTO POTENZIAMENTO CON 2 FUNZIONI VITALI COMPROMESSE
- LIVELLO ASSISTENZIALE 3° – CONTRIBUTO POTENZIAMENTO CON 3 FUNZIONI VITALI COMPROMESSE

A tal fine dichiara:

- di essere beneficiario ultrasessantacinquenne di Piano personalizzato L.162/98 con Scheda Salute avente punteggio superiore a 40 punti;
- di avere presentato domanda di predisposizione Piano personalizzato L.162/98 per il periodo Maggio – Dicembre 2021, in quanto ultrasessantacinquenne con scheda salute avente punteggio superiore a 40 punti;
- di non essere beneficiario di Piano personalizzato L.162/98;
- di rinunciare ai progetti regionali di cui si beneficia in caso di ammissione del programma Ritornare a casa Plus.

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Dichiarazione I.S.E.E. (socio-sanitario) in corso di validità;
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario;
- Fotocopia della tessera sanitaria del richiedente e del destinatario;
- Eventuale decreto di nomina tutore/ curatore/amministratore di sostegno del destinatario.

ALLEGA INOLTRE PER IL LIVELLO ASSISTENZIALE BASE A:

- Verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- Copia verbale di inserimento redatto dall'UVT del Distretto Socio-sanitario di residenza;
- Dichiarazione della struttura residenziale e semiresidenziale individuata attestante l'impossibilità di accedere a causa delle disposizioni normative emergenziali COVID.

ALLEGA INOLTRE PER IL LIVELLO ASSISTENZIALE BASE B:

- Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- Certificazione medico-specialistica di struttura pubblica o privata accreditata attestante la patologia prevista dalle Linee di Indirizzo allegate alla Delibera Regionale n. 63/12 del 11.12.2020 e riportate anche nell'avviso comunale (certificazione medica rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi precedenti la presentazione dell'istanza).
- Richiesta valutazione multidimensionale;



- Scheda di Valutazione Multidimensionale (da compilare, timbrare e firmare in tutte le sue parti a cura del Medico di Medicina Generale o del medico specialista della patologia principale o della UVT);
- Relazione Sanitaria per l'inserimento nel Programma Ritornare a Casa Plus;

ALLEGA INOLTRE PER IL LIVELLO ASSISTENZIALE 1 – 2 – 3:

- Copia verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- Richiesta valutazione multidimensionale;
- Scheda di Valutazione Multidimensionale (da compilare, timbrare e firmare in tutte le sue parti a cura del Medico di Medicina Generale o del medico specialista della patologia principale o della UVT);
- Certificazione medico-specialistica di struttura pubblica o privata accreditata attestante la patologia prevista dalle Linee di Indirizzo allegate alla Delibera Regionale n. 63/12 del 11.12.2020 e riportate anche nell'avviso comunale (certificazione medica rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi precedenti la presentazione dell'istanza);
- Relazione Sanitaria per l'inserimento nel Programma Ritornare a Casa Plus;
- PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), solo se in possesso, attestante inserimento in Cure domiciliari integrate e/o palliative domiciliari.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 679/2016 (GDRP) relativa al procedimento in oggetto.

Data _____

Firma
