



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 (GDPR) relativa al procedimento in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_