



Al Comune di _____

Oggetto: RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA “RITORNARE A CASA PLUS” INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER LE PERSONE CON PARTICOLARI CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE (D.G.R. n. 5/38 del 29.01.2025) – ANNUALITA' 2025

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____/____/____ Codice Fiscale | |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Telefono _____ e-mail: _____
(indispensabile) (indispensabile)

in qualità di:

- diretto interessato
- amministratore di sostegno/incaricato della tutela/curatore (allegare copia provvedimento nomina)
- titolare della responsabilità genitoriale
- familiare di riferimento _____ (indicare il rapporto di parentela)

del Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

il ____/____/____ Codice Fiscale | |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Telefono _____ e-mail: _____

CHIEDE

ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 5/38 del 29.01.2025

- la predisposizione di un progetto personalizzato “Ritornare a casa PLUS” per la prima annualità, con il seguente **LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE:**

(COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE COMUNALE/PUA)

- " Livello assistenziale Dimissioni Protette
- " Livello assistenziale base A
- " Livello assistenziale base B
- " Livello assistenziale Primo - Contributo ordinario
- " Livello assistenziale Secondo – Contributo potenziamento con due funzioni vitali compromesse
- " Livello assistenziale Terzo – Contributo potenziamento con tre funzioni vitali compromesse

- il passaggio di livello di un progetto già in corso (la nuova valutazione avverrà secondo i criteri previsti nelle Linee Guida approvate con la delibera D.G.R. n. 5/38 del 29.01.2025);



- di utilizzare, laddove previsto, una quota parte del contributo finanziato per la fornitura diretta di cura da parte del Caregiver;

A TAL FINE

consapevole delle conseguenze e responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal Codice Penale e dalle leggi penali in materia (ai sensi degli artt. 75, 76 e 77 del D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti

DICHIARA

- 1) che il valore ISEE per prestazioni socio sanitarie non residenziali, in corso di validità, ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013, è pari a € _____;
- 2) di essere a conoscenza che il contributo sarà erogato nei limiti delle risorse assegnate all'Ambito PLUS21 dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- 3) di aver preso atto dell'Avviso pubblico Plus 21 del Programma "Ritornare a casa PLUS" annualità 2025 e delle Linee di indirizzo 2025/2026 approvate con D.G.R. n. 5/38 del 29.01.2025;
- 4) di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte dell'Ufficio di Piano del PLUS21 e da altri enti istituzionalmente deputati, per verificare la veridicità di quanto dichiarato, anche mediante la consultazione delle banche dati in loro possesso;
- 5) di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali **(AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 - RGDP)**;

DICHIARA ALTRESI'

che il/la Signor/Signora _____

- 6) è persona in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- 7) è persona beneficiaria di indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18 o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159 del 2013;
- 8) è persona che ha inoltrato la richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ma non è ancora in possesso del verbale che lo attesti (la presente domanda viene trasmessa con riserva di integrazione);
- 9) non è beneficiario di un Piano Personalizzato ai sensi della L.162/1998;
- 10) rinuncerà al Piano Personalizzato ai sensi della L.162/1998 in caso di riconoscimento del contributo "Ritornare a Casa PLUS";



- 11) è beneficiario ultrasessantacinquenne di un Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- 12) è beneficiario del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- 13) non è beneficiario del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente).

Allega:

- 1) Attestazione ISEE socio sanitario ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05/12/2013, in corso di validità (solo nel caso di richiesta di attivazione del livello assistenziale “Dimissioni protette” è possibile produrla in un secondo momento);
- 2) Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario, in corso di validità;
- 3) Copia del Decreto di nomina di amministrazione di sostegno o altra forma di tutela (se presente);
- 4) Copia del verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’art. 3 della L. 104/1992;
- 5) Copia del verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o altra certificazione analoga di cui all’allegato 3 del DPCM 159/2013;
- 6) Relazione sanitaria compilata dal Medico di Medicina Generale;
- 7) Scheda di Valutazione Multidimensionale (CIRS, Scala di Barthel, Scala di Bernardini), compilata dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista della patologia principale;
- 8) Certificazione Medica attestante una delle condizioni sanitarie previste dalle linee guida allegate alla D.G.R. n. 5/38 del 29.01.2025 redatta da specialisti di struttura pubblica o privata convenzionata o libero professionista contenente la diagnosi e il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia del paziente al fine di consentire all’Unità di Valutazione Territoriale la valutazione della situazione e la definizione del livello assistenziale;
- 9) Nel caso di richiesta di attivazione del livello assistenziale “Dimissioni protette” va allegata la certificazione di dimissioni protette rilasciata dalla struttura sanitaria attestante la condizione di persona anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o di persona infrasessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio.
- 10) Scale di valutazione (se previste dalla D.G.R. 5/38 del 29.01.2025), a seconda della patologia.

Luogo e Data _____

Firma _____

N.B La documentazione dovrà essere consegnata a mano all’Ufficio Protocollo del Comune di residenza o spedita tramite posta raccomandare A/R o certificata PEC all’indirizzo PEC del proprio Comune di residenza.