

Spett.le COMUNE DI _____
Ufficio di Piano - Ambito Plus Sarrabus-Gerrei
P.U.A. - Distretto Socio Sanitario di Muravera

**PROGRAMMA REGIONALE RITORNARE A CASA PLUS, D.G.R. n° 5/38 DEL 29.01.2025.
RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PROGETTO PERSONALIZZATO**

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/tutore/curatore

titolare della responsabilità genitoriale

familiare referente (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 _____

la valutazione multidisciplinare per l'ammissione al Programma Regionale "Ritornare a casa PLUS" finalizzato all'ottenimento del contributo regionale come definito dalla **Delibera della Regione Autonoma della Sardegna n° 5/38 del 29.01.2025**, al fine della **rivalutazione o riconoscimento di uno dei seguenti livelli:**

- LIVELLO DIMISSIONI PROTETTE
- LIVELLO BASE A
- LIVELLO BASE B
- 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 2025, in quanto ultrasessantacinquenne con Scheda Salute avente punteggio superiore a 40 punti;
- di non essere beneficiario di Piano personalizzato L. 162/98;
- di rinunciare a seconda del profilo assistenziale attribuito ai progetti regionali incompatibili di cui si beneficia;
- di usufruire del Progetto INPS home care premium: SI NO (Qualora si benefici del Progetto INPS Home Care Premium, l'ammissione al Programma Ritornare a Casa Plus dovrà essere comunicata all'INPS);
- di non essere supportato da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata (solo in caso di richiesta di riconoscimento di Livello Assistenziale Dimissioni Protette).

Chiede, inoltre, l'erogazione del contributo al caregiver che svolge quotidianamente attività di cura in favore dell'assistito/a, individuato nel sig./sig.ra _____

C.F. _____, in qualità di _____; n. ore giornaliere dedicate all'assistito _____. .

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA:

- Attestazione I.S.E.E. (sociosanitario) 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;
- (*Solo per il livello Dimissioni protette*) Certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria (ospedali, RSA e le altre strutture individuate come tali nell'ambito del servizio sanitario regionale) attestante la condizione di persone 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;
- Verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- 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 indicate alla Delibera Regionale n. 5/38 del 29.01.2025 (certificazione medica rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi precedenti la presentazione dell'istanza);
- 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;

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 _____