

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 allegate 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** \_\_\_\_\_