

Al Comune di _____

OGGETTO: Richiesta predisposizione Progetto "Ritornare a casa Plus - Livello assistenziale DIMISSIONI PROTETTE". D.G.R. 7/11 del 28.02.2023.

_ I _ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il ___/___/_____

residente a _____ in

Via _____ n. _____

C.F.: _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

in qualità di

- beneficiario diretto
- familiare referente (grado di parentela) _____
- delegato _____
- tutore o amministratore di sostegno

CHIEDE

- Per sé stesso
- Per il/la Sig./ra _____
Nato/a _____ il ___/___/_____
Residente a _____ in
Via _____ n _____
C.F.: _____

la predisposizione del progetto "**Ritornare a Casa PLUS - Livello assistenziale DIMISSIONI PROTETTE**", secondo le disposizioni approvate con Deliberazione G.R. n° 7/11 del 28.02.2023 dalla Regione Sardegna.

A tal fine dichiara che:

Il beneficiario si trova nella seguente condizione:

- 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 continuativa, per la prosecuzione delle cure a domicilio.*

DICHIARA altresì

- di essere beneficiario di un **Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98**;
- di essere beneficiario del **Progetto Home Care Premium**;
- di percepire una **pensione di invalidità**;
- di percepire **l'indennità di accompagnamento**;

- di avere il riconoscimento della certificazione sanitaria ai sensi della **L.104 art.3 co.3**;
- di avere attivi **altri servizi di assistenza domiciliare** (comunale o altro intervento);
- di essere a conoscenza di quanto indicato nelle Linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 7/11 del 28.02.2023.

A tal fine allega alla presente:

- Consenso al trattamento dei dati ASL Oristano e informativa e domanda di valutazione multidimensionale;
- Dichiarazione ISEE socio-sanitario di cui al DPCM 159 del 5.12.2013, in corso di validità.
- documento di identità e codice fiscale del beneficiario;
- documento di identità e codice fiscale del richiedente;
- (eventuale) Decreto di nomina di Amministratore di Sostegno;
- certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria *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*;
- informativa ai fornitori sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento europeo 679/2016;
- altro _____;

Luogo e data _____

Il/La Richiedente
