



Comune di Isili

Provincia del Sud Sardegna

09056 Piazza San Giuseppe n.6

Tel.0782/802013 Fax 0782/804469

Em Mail affarigenerali@comune.isili.ca.it Pec protocollo.isili@pec.it

ENTE GESTORE DEL PLUS SARCIDANO BARBAGIA DI SEULO

PROGRAMMA RITORNARE A CASA PLUS INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME

D.G.R. N.35-51/2022 e N.38-76/2022

ANNUALITA' 2023

MODULO DI DOMANDA

Il/la sottoscritt _____ nat _____

a _____ il ____ / ____ / _____ Codice Fiscale

Residente a _____

in Via _____ n. _____

Telefono _____ (indispensabile) email: _____ (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/della Sig./Sig.ra _____ nat _____ a _____

il ____ / ____ / _____ Codice Fiscale | _____

Residente a _____ in Via _____

_____ n. _____ Telefono _____

_____ e-mail: _____

CHIEDE

ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 38-76 del 21.12.2022

- la predisposizione di un progetto personalizzato "Ritornare a casa" PLUS Prima Annualità, con il seguente **LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE:**

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

- " 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 - 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. 38-76 del 21.12.2022;
- 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 Plus Sarcidano Barbagia di Seulo dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- 3) di aver preso atto dell'Avviso pubblico e delle Linee di indirizzo 2023 del Programma "Ritornare a casa PLUS" approvate con Deliberazione della Regione Sardegna n. 38/76 del 21.12.2022;
- 4) di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli dall'Ufficio di Piano del Plus Sarcidano Barbagia di Seulo 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

-
- 1) è persona in condizioni di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n.18, o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013;

- 2) è persona non autosufficiente con totale perdita di autonomia, per la quale siano state attivate o siano in corso di attivazione le cure domiciliari integrate o le cure palliative, che necessita di un livello assistenziale molto elevato per compiere tutte le attività quotidiane e di interventi di natura sociale e sanitaria (medici e infermieristici) effettuabili a domicilio;
- 3) non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;
- 4) rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998 in caso di riconoscimento del contributo "Ritornare a Casa PLUS";
- 5) è beneficiario ultrasessantacinquenne di un Piano Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- 6) è beneficiario del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- 7) 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;
- 2) Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario, in corso di validità;
- 3) Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS (Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile) o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM 159/2013;
- 4) Relazione sanitaria compilata dal Medico di Medicina Generale;
- 5) Richiesta di valutazione multidimensionale per attivazione "Programma Ritornare a casa", compilata dal familiare di riferimento o legale rappresentante;
- 6) Scheda di Valutazione Multidimensionale (CIRS, Scala di Barthel, Scala di Bernardini), compilata dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista della patologia principale;
- 7) Certificazione Medica attestante una delle condizioni sanitarie previste dalle linee guida allegate alla DGR n. 35-51 del 22/11/2022 redatta da specialisti di struttura pubblica o privata convenzionata 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;
- 8) Scale di valutazione, se previste, a seconda della patologia.

In particolare, in caso di:

- Soggetti affetti da malattia neoplastica deve essere allegata la documentazione clinica rilasciata da specialista pubblico o convenzionato (oncologo) accompagnato dalla scala Karnofsky;
- Soggetti affetti da patologie non reversibili: SLA/SMA deve essere allegata la "Scala di valutazione del grado di disabilità delle patologie ad interessamento neuromuscolare"; Sclerosi Multipla viene richiesta la scala di Valutazione EDSS;
- Soggetti affetti da Demenza viene richiesta la scala CDRs.

Luogo e Data _____

Firma _____