

Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS”

(D.G.R. n. 38/76 del 21/12/2022)

Spett.le Ambito Plus di Sassari, Sorso, Porto Torres e Sintino

Il/La sottoscritt_.....nat_ a.....il.....
 cod.fisc..... residente a..... in via.....
 n°..... domiciliat_ a (indicare solo se diverso da residenza)

..... in via.....n°.....
 tel. e-mail.....

CHIEDE

la predisposizione di un piano personalizzato per l'accesso al Programma Regionale “Ritornare a casa Plus” come:

nuovo beneficiario già beneficiario (indicare livello assistenziale in corso).....
 per se stesso;
 per il/la sig._:nat_ a.....il.....
 cod.fisc..... residente a..... in Via

.....n°..... domiciliat_ a (indicare solo se diverso da residenza)
 in via.....n°.....
 tel. e-mail.....

in qualità di sua **figura di riferimento** (indicare di seguito la natura della relazione esistente):

Allega i seguenti documenti:

- certificazione ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159/2013 relativo all'anno corrente;
- dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio (vedi modulo retrostante);
- dichiarazione individuazione e delega familiari prossimi ex art. 433 c.c.;
- copia del provvedimento di nomina, estratto /copia del ricorso per la nomina del rappresentante legale;
- verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 senza omissis (livello Base A);
- verbale indennità di accompagnamento senza omissis o altra certificazione attestante la condizione di non autosufficienza di cui all'allegato 3 del DPCM 159/2013 senza omissis;
- verbale UVT di eleggibilità all'inserimento in struttura in regime semiresidenziale/residenziale (livello base A);
- documentazione attestante l'impossibilità di accedere o rientrare in struttura a causa delle disposizioni normative legate all'emergenza Covid-19 rilasciata dalla struttura individuata (livello Base A);
- relazione clinica e scheda sanitaria prevista in ragione della patologia e condizione sanitaria di accesso rilasciate da specialista di struttura pubblica o privata accreditata;
- documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Altro.....

Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016.

li _____
 (Luogo) (Data)

_____ (Firma)

Programma Regionale “Ritornare a Casa PLUS”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscrittonat_ a..... il.....

e residente a in Via..... n°

consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritieri, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R N° 445 del 28 Dicembre 2000:

- in qualità di **destinatario del progetto**;
- in qualità di **figura di riferimento** del sig/ra.....

(indicare di seguito la natura della relazione esistente):.....

DICHIARA
se persona diversa dal destinatario:

- di essere unico familiare prossimo**, ai sensi dell'art. 433 c.c¹;
- di essere il familiare** che ha presentato formale ricorso per la nomina del rappresentante legale come da documentazione allegata (*copia o estratto del ricorso*).
- di essere il familiare delegato**, come da allegata/e dichiarazione/i sostitutiva/e di certificazione e atto notorio (*vedasi Dichiaraione individuazione e delega familiari prossimi ex art.433*) resa dagli altri familiari prossimi di pari ordine e grado ai sensi dell'art. 433 c.c., come di seguito indicati :

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA con il destinatario progetto

¹ Così come disciplinato dall'art. 433 del codice civile sono individuati i seguenti soggetti, in ordine di prossimità, che possono presentare la domanda: 1) il coniuge; 2) i figli [legittimi o legittimati o naturali o adottivi] anche adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi [, anche naturali]; 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti; 4) i generi e le nuore; 5) il suocero e la suocera; 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali.

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

DICHIARA

- che la condizione economica equivalente corrisponde alla certificazione ISEE allegata;
- che l'interessato, per quanto nelle proprie capacità e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate in merito alla presente domanda, alle informazioni in essa contenute e alla procedura prevista;
- di essere a conoscenza:
- 1) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali primo, secondo e terzo, con il programma di cui alla Legge 162/98;
 - 2) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali base A e base B con il programma di cui alla Legge 162/98, salvo che il beneficiario sia persona ultrasessantacinquenne, con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
 - 3) di dover rinunciare, in caso di attivazione degli interventi "Ritornare a casa Plus"; al piano personalizzato legge 162/1998, se trovasi in una delle suddette condizioni di incompatibilità;

altro:

Medico di Medicina Generale	Nome Cognome.....
	Indirizzo.....
	Telefono:.....

Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016 .

li _____
(Luogo) _____ (Data)

(Firma)