

Al Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA “RITORNARE A CASA PLUS” INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA’ PER LE PERSONE CON PARTICOLARI CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE (D.G.R. n. 1/28 del 14.01.2026) – ANNUALITA’ 2026**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
(indispensabile) (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 Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 5/38 del 29.01.2025

- ☐ la predisposizione di un progetto personalizzato “Ritornare a casa PLUS” per la prima annualità, con il seguente **LIVELLO DI INTENSITA’ ASSISTENZIALE**:

#### **(COMPILAZIONE A CURA DELL’UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE COMUNALE/PUA)**

- ☐ “ Livello assistenziale Dimissioni Protette
- ☐ “ 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 – Contributo 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. 1/28 del 14.01.2026);

- ☐ 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 PLUS21 dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- 3) ☐ di aver preso atto dell'Avviso pubblico Plus 21 del Programma "Ritornare a casa PLUS" annualità 2026 e delle Linee di indirizzo 2026/2027 approvate con D.G.R. n. 1/28 del 14.01.2026;
- 4) ☐ di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte dell'Ufficio di Piano del PLUS21 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 \_\_\_\_\_

- 6) ☐ è persona in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- 7) ☐ è persona beneficiaria di indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18 o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159 del 2013 oppure ai sensi del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 per le persone ultrasessantenni, ovvero accertamento della condizione di non autosufficienza ai sensi del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 per le persone con disabilità nonché con disabilità gravissima;
- 8) ☐ è persona che ha inoltrato la richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ma non è ancora in possesso del verbale che lo attesti (la presente domanda viene trasmessa con riserva di integrazione);
- 9) ☐ non è beneficiario di un Piano Personalizzato ai sensi della L.162/1998;

- 10) ☐ rinuncerà al Piano Personalizzato ai sensi della L.162/1998 in caso di riconoscimento del contributo “Ritornare a Casa PLUS”;
- 11) ☐ è beneficiario ultrasessantacinquenne di un Piano Personalizzato ai sensi della L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- 12) ☐ è beneficiario del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- 13) ☐ 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 (solo nel caso di richiesta di attivazione del livello assistenziale “Dimissioni protette” è possibile produrla in un secondo momento);
- 2) Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario, in corso di validità;
- 3) Copia del Decreto di nomina di amministrazione di sostegno o altra forma di tutela (se presente);
- 4) Copia del verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’art. 3 della L. 104/1992;
- 5) Copia del verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o altra certificazione analoga di cui all’allegato 3 del DPCM 159/2013 o di cui ai decreti legislativi n. 29/2024 e n. 62/2024;
- 6) Relazione sanitaria compilata dal Medico di Medicina Generale;
- 7) Scheda di Valutazione Multidimensionale (CIRS, Scala di Barthel, Scala di Bernardini), compilata dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista della patologia principale;
- 8) Certificazione Medica attestante una delle condizioni sanitarie previste dalle linee guida allegate alla D.G.R. n. 1/28 del 14.01.2026 redatta da specialisti di struttura pubblica o privata convenzionata o libero professionista 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;
- 9) Nel caso di richiesta di attivazione del livello assistenziale “Dimissioni protette” va allegata la certificazione di dimissioni protette rilasciata dalla struttura sanitaria attestante la condizione di 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 continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio.
- 10) Scale di valutazione (se previste dalla D.G.R. 1/28 del 14.01.2026), a seconda della patologia.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B La documentazione dovrà essere consegnata a mano all’Ufficio Protocollo del Comune di residenza o spedita tramite posta raccomandare A/R o certificata PEC all’indirizzo PEC del proprio Comune di residenza.**