



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

Al P.U.A. del Distretto Socio-Sanitario del PLUS Sarcidano Barbagia di Seulo

Al Comune di _____

OGGETTO: Richiesta predisposizione Progetto "Ritornare a casa Plus - Livello assistenziale DIMISSIONI PROTETTE". D.G.R. 5/38 del 29.01.2025.

Il 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° 5/38 del 29.01.2025 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 continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio ovvero, per le persone senza dimora, presso strutture di accoglienza.*

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. 5/38 del 29.01.2025.

A tal fine allega alla presente:

- richiesta di valutazione multidimensionale, consenso al trattamento dei dati e informativa sul modello predisposto dal Distretto ASL di Oristano;
- Dichiarazione ISEE socio-sanitario di cui al DPCM 159 del 5.12.2013, in corso di validità.
- copia del documento di identità e codice fiscale del beneficiario;
- copia documento di identità e codice fiscale del richiedente;
- (eventuale) Decreto di nomina di amministratore di sostegno o di tutore;
- 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
