

All'Unione Comuni della Trexenta - Ambito Plus Trexenta

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano PLUS

Servizio di Potenziamento PUA-UVT

Via Campiooi, 5

09040 Senorbì

Oggetto: Programma regionale **"Ritornare a casa PLUS"** - D.G.R. n. 63/12 del 11.12.2020 – L.R. n.30 del 15.12.2020 – **Nuova istanza di accesso al programma.**

Il/la sottoscritt _____ nat _____ a _____

il ____/____/____ Codice Fiscale

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Telefono _____ e mail:

_____ e-mail o PEC da indicare obbligatoriamente

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ amministratore di sostegno/incaricato della tutela/curatore
- ☐ titolare della responsabilità genitoriale
- ☐ familiare di riferimento _____ (indicare il rapporto di parentela)

del Sig./Sig.ra _____ nat _____ a _____

il ____/____/____ Codice Fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Telefono _____ e mail:

CHIEDE

- ☐ l'accesso al Programma Ritornare a Casa PLUS
- ☐ il cambio di livello di un progetto già in corso. La nuova valutazione avverrà secondo i criteri previsti dalla nuova delibera D.G.R. n. 63/12 del 11.12.2020
- ☐ la riattivazione di un progetto sospeso in seguito a ricovero in struttura (ospedale, clinica, RSA, Hospice, ecc.) di durata superiore a 30 giorni. Anche in questo caso La nuova valutazione avverrà secondo i criteri previsti dalla nuova delibera D.G.R. n. 63/12 del 11.12.2020

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

- ✗ di essere a conoscenza che il contributo sarà erogato nei limiti delle risorse assegnate all'Ambito PLUS Trexenta dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- ✗ di aver preso atto dell'Avviso pubblico e delle Linee di indirizzo 2021/2022 del Programma "Ritornare a casa PLUS" approvate con Deliberazione della Regione Sardegna n. 63/12 del 11.12.2020 e allegate all'Avviso suddetto quale parte integrante e sostanziale;
- ✗ di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli dall'Ufficio di Piano del PLUS e da altri enti istituzionalmente deputati, per verificare la veridicità di quanto dichiarato anche mediante la consultazione delle banche dati in loro possesso;
- ✗ di aver preso atto dell'informativa sul trattamento e la custodia dei dati personali.

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 DPCM n. 159 del 2013;
- ☐ di essere una persona in condizioni di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- ☐ di essere una 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;
- ☐ di essere inserito, o di essere in procinto di inserimento, a seguito di valutazione UVT, in percorsi di cura all'interno di Strutture Residenziali o Centri Diurni Integrati o Centri Diurni a valenza socio riabilitativa, che ha dovuto interrompere, o non ha potuto effettuare, l'inserimento a causa dell'emergenza COVID (per l'accesso al Livello Assistenziale Base A);
- ☐ di non beneficiare di un Piano Personalizzato L.162/1998;
- ☐ di essere beneficiario, di età inferiore a 65 anni, di un Piano personalizzato L.162/1998 e di essere a conoscenza del fatto che il finanziamento ai sensi della L. 162/98 non è cumulabile con quello del Progetto Ritornare a Casa PLUS;
- ☐ di essere beneficiario, di età superiore a 65 anni, di un Piano personalizzato L. 162/98 con punteggio nella Scheda Salute superiore a 40 e di essere a conoscenza del fatto che il finanziamento ai sensi della L. 162/98 è cumulabile con quello del progetto Ritornare a Casa PLUS – Livello Base A e B;
- ☐ di rinunciare al Piano Personalizzato L.162/1998, eventualmente in essere, in caso di ammissione a finanziamento del progetto Ritornare a Casa PLUS- Livello Assistenziale primo, secondo e terzo;
- ☐ di beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- ☐ di non beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente).

Con la firma posta in calce alla presente si sottoscrive quanto dichiarato.

_____,
(luogo)

(data)

Firma del dichiarante

Si allegano OBBLIGATORIAMENTE alla presente:

- La copia documento d'identità in corso di validità del beneficiario e di chi presenta l'istanza;
- La copia della tessera sanitaria del beneficiario e di chi presenta l'istanza;
- Il Decreto di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore (solo nel caso in cui il beneficiario risulti avvalersi di uno dei suddetti istituti giuridici);
- Il Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- L'ISEE socio sanitario 2022;
- Il Verbale di riconoscimento della condizione di handicap, ai sensi della Legge 104/92;
- La Scheda di Valutazione Multidimensionale (CIRS, Scala di Barthel, Scala di Bernardini), compilata dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista della patologia principale;
- La/Le certificazione/i degli specialisti della struttura pubblica o privata convenzionata che riporti/no 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 della definizione del livello assistenziale;
- Le Scale di valutazione (es. CDR, scala Karnofsky, EDSS, scala di Glasgow Coma Scale, scala Lapmer e Q.I., ASIA ecc...) se previste nelle linee di indirizzo allegate alla D.G.R. n. 63/12 del 11/12/2020. _____ (indicare quali);
- Idonea documentazione (rilasciata dalle strutture), attestante il mancato accesso alle strutture residenziali o semiresidenziali, già autorizzata dall'UVT, a causa di disposizioni normative emergenziali riguardanti il contenimento della diffusione del Covid-19 (per l'accesso al Livello Base B).

N.B.: la domanda, sottoscritta dal beneficiario o da chi ne garantisce la tutela giuridica, dovrà pervenire entro e non oltre il giorno **04.11.2022** presso l'Ufficio Protocollo dell'Unione Comuni della Trexenta, attraverso una delle seguenti modalità:

- ✓ tramite P.E.C. (Posta Elettronica Certificata) all'indirizzo: protocollotrexenta@pec.it; le istanze presentate con questa modalità saranno ritenute valide se firmate digitalmente, ovvero, in mancanza, con firma autografa e con allegata la copia del documento di identità in corso di validità;
- ✓ tramite raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: Unione Comuni della Trexenta – Via Campioi n. 5 – 09040 SENORBI'.

La busta di spedizione o l'oggetto della P.E.C. dovrà contenere la seguente dicitura: "AMBITO PLUS TREXENTA – PROGRAMMA REGIONALE "RITORNARE A CASA PLUS" – DOMANDA DI AMMISSIONE".

