



Distretto di Iglesias Comuni di Buggerru, Domusnovas,
Fluminimaggiore, Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

MODULO DI DOMANDA "RITORNARE A CASA PLUS"
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME
DELIBERAZIONE 7/11 DEL 28.2.2023 e 13/64 del 06.04.2023

ALLEGATO 3

Al Comune di Domusnovas

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____,
Via/ Piazza _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____ Tel _____
e-mail _____ pec _____

In qualità di:

- ☐ destinatario del Progetto
☐ amministratore di sostegno/ incaricato della tutela/ curatore
☐ titolare della potestà genitoriale
☐ familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): _____

CHIEDE

☐ Per sé stesso
☐ in favore di:
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____,
Via/ Piazza _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____ Tel _____

Accesso al Programma "Ritornare a Casa Plus" per Livello Assistenziale Primo – Secondo - Terzo:

- ☐ 1° annualità;
☐ un cambio di livello del Progetto già in essere;
☐ di utilizzare, in caso di esito positivo dell'istanza, 1/3 del contributo ordinario per la fornitura diretta di cura da parte del Caregiver per le seguenti attività e numero ore di assistenza giornaliera:

_____;



Distretto Socio Sanitario di Iglesias
plus@comune.iglesias.ca.it



Distretto di Iglesias Comuni di Buggerru, Domusnovas,
Fluminimaggiore, Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

DICHIARA

che il/la Signor/Signora :

- ☐ beneficia 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 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
- ☐ beneficia delle Cure Domiciliari Integrate/Cure Palliative Domiciliari o si trova in fase di attivazione delle stesse;
- ☐ non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;
- ☐ rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del contributo "Ritornare a Casa PLUS" Livello Assistenziale Primo – Secondo – Terzo;
- ☐ di beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- ☐ di non beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- ☐ di comunicare tempestivamente eventuali ricoveri in strutture ospedaliere, residenziali o hospice per un periodo fino a 30 giorni, in quanto gli interventi verranno sospesi per essere ripristinati con il rientro a domicilio.

Allega a tal fine:

- La Scheda di Valutazione Multidimensionale aggiornata alla situazione sanitaria in essere al momento della presentazione della domanda, e completa di Relazione Sanitaria per l'inserimento nel Programma Ritornare a Casa Plus (da compilare, timbrare e firmare in tutte le sue parti a cura del Medico di Medicina Generale o del medico specialista della patologia principale o della UVT) in data non anteriore ai 6 mesi;
- La/Le certificazione/i degli specialisti della struttura pubblica, rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi precedenti la presentazione dell'istanza, che riporti/no la diagnosi e il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia del paziente; (1)
- PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), solo se in possesso, attestante inserimento in Cure domiciliari integrate e/o palliative domiciliari;
- 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'art. 3 del DPCM 159/2013;
- Il certificato ISEE socio sanitario 2024;
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- Eventuale decreto di nomina tutore/ curatore/amministratore di sostegno del destinatario.

(1) In caso di:

- soggetti affetti da Neoplasia viene richiesto il certificato dello specialista pubblico o convenzionato (oncologo) accompagnato dalla scala Karnofsky;
- soggetti affetti da patologie non reversibili SLA/SMA viene richiesta la "Scala di valutazione del grado di disabilità delle patologie ad interessamento neuromuscolare". Per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla viene richiesta la scala di Valutazione EDSS;
- soggetti affetti da Demenza viene richiesta la scala CDRs con punteggio 5.

Si prega di allegare alla presente domanda esclusivamente la documentazione su indicata, in quanto eventuali integrazioni non saranno prese in considerazione.

Domusnovas, _____

Firma _____



Distretto Socio Sanitario di Iglesias
plus@comune.iglesias.ca.it



Distretto di Iglesias Comuni di Buggerru, Domusnovas,
Fluminimaggiore, Iglesias, Gonnessa, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata direttamente o spedita con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di Domusnovas oppure all'indirizzo PEC: comune.domusnovas@pec.it

INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);
2. i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali del Comune di Domusnovas in applicazione del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy) e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati;
3. essi potranno essere comunicati ad altri settori del Comune e in forma aggregata, a istituti pubblici o privati sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali nell'interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;
4. i dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi;
5. l'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l'accesso ai contributi di cui alla presente istanza.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

In ogni momento, Lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- e) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- f) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- g) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo a una autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla PEC: comune.domusnovas@pec.it

Titolare del trattamento è il Comune di Domusnovas con sede in Piazza Caduti di Nassirya 1 PEC: comune.domusnovas@pec.it

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali del Comune di Domusnovas e con le modalità indicate nell'informativa fornitemi con il presente documento.

Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello)

Data Firma dell'interessato



Distretto Socio Sanitario di Iglesias
plus@comune.iglesias.ca.it