



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 1

Al Comune di **IGLESIAS**

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 Base A:

DICHIARA

che il/la Signor/Signora :





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

- è inserito, o è in procinto di esserlo, 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;
 - non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;
 - rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del "Ritornare a Casa Plus" Livello Assistenziale Base A
 - di essere beneficiario ultrasessantacinquenne di Piani Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40.
 - di beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
 - di non beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente).
 - chiederà di utilizzare, in caso di esito positivo dell'istanza, l'intero contributo per la fornitura diretta di cura da parte del **Caregiver** per le seguenti attività e numero ore di assistenza giornaliera:
-
-

Allega a tal fine:

- Copia verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, oppure dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- Autocertificazione attestante l'impossibilità di accedere alle strutture residenziali e semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;
- Copia verbale di inserimento redatto dall'UVT del Distretto Sociosanitario di residenza;
- Il certificato ISEE socio sanitario 2024;
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario.

Comune, _____

Firma _____

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



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

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 [redacted] 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: protocollo.comune.iglesias@pec.it

Titolare del trattamento è il Comune di IGLESIAS con sede in via Isonzo PEC: protocollo.comune.iglesias@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 [redacted] e con le modalità indicate nell'informativa fornitami 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