



**MODULO DI DOMANDA “ RITORNARE A CASA PLUS”  
INTERVENTI D SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA’ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME  
DELIBERAZIONE 38/76 DEL 21.12.2022**

**ALLEGATO 3**

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 se 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;





## 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 OMISIS, 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 2023;
- 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 la 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.**

Iglesias, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata direttamente o spedita con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di Iglesias indirizzo PEC: [protocollo.comune.iglesias@pec.it](mailto:protocollo.comune.iglesias@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 Iglesias 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;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) 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;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- l) proporre reclamo a una autorità di controllo.





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

Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla pec: [protocollo.comune.iglesias@pec.it](mailto:protocollo.comune.iglesias@pec.it).

Titolare del trattamento è il Comune di **Iglesias** con sede in Via Isonzo pec: [protocollo.comune.iglesias@pec.it](mailto: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 Iglesias 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](mailto:plus@comune.iglesias.ca.it)