

MODULO DI DOMANDA "RITORNARE A CASA PLUS"
INTERVENTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E CON DISABILITÀ
Livello Assistenziale Base A

ALLEGATO 1

Al Comune di _____

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 Base A:

DICHIARA

che il/la Signor/Signora(barrare le caselle):

- 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;
- si trova nella condizione indicata nell'Avviso per il livello BASE A;
- 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" per Livello Assistenziale Base A;
- risulta beneficiario ultrasessantacinquenne di Piano Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- beneficia del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- non beneficia del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);

DICHIARA INOLTRE

- 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;
- di valutare, in caso di esito positivo dell'istanza, la possibilità di utilizzare *fino alla metà* del 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:

- 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), rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi;
- La/Le certificazione/i degli specialisti pubblici convenzionati o liberi professionisti, rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi precedenti la presentazione dell'istanza, che dimostri lo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 3 ; la documentazione deve riportare il quadro clinico dettagliato;
- Il certificato ISEE socio sanitario in corso di validità;
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- 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;
- Eventuale decreto di nomina tutore/ curatore/amministratore di sostegno del destinatario.

Comune, _____

Firma _____

Note

- 1) Allegare alla presente domanda esclusivamente la documentazione su indicata, in quanto eventuali integrazioni non saranno prese in considerazione.
- 2) consegnare direttamente o spedire la presente domanda e la documentazione allegata con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di _____ oppure all'indirizzo PEC: _____

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 _____ 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: _____

Titolare del trattamento è il Comune di _____ con sede in _____ PEC: _____

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 _____ e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello)

Data **Firma dell'interessato**

