

**MODULO DI DOMANDA "RITORNARE A CASA PLUS"**  
**INTERVENTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E CON DISABILITÀ**  
**Livello Assistenziale Primo - Secondo - Terzo**

**ALLEGATO 3**

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 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;

**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 in almeno una delle condizioni indicate nell'Avviso per i Livelli Primo-Secondo-Terzo;
- 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;
- 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 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:

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 pubblici convenzionati o liberi professionisti, rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi precedenti la presentazione dell'istanza, che riportino la diagnosi e il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia del paziente;
- 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 2025;
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- 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** .....

