



**MODULO DI DOMANDA “RITORNARE A CASA PLUS”
INTERVENTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E CON
DISABILITÀ
D.G.R. 1/28 del 14/01/2026**

Al Comune di Buggerru

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/ tutore / curatore
- titolare della responsabilità genitoriale
- familiare referente (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 _____

L' accesso al Programma “Ritornare a Casa Plus”

- 1° annualità;
- un cambio di livello del Progetto già in essere;



DICHIARA

- ✓ Di essere in possesso delle condizioni indicate nell'Allegato alla D.G.R. 1/28 del 14/01/2026 per i vari livelli assistenziali;
- ✓ Che la persona per la quale si presenta l'istanza possiede almeno una delle seguenti condizioni socio-sanitarie (**fatta eccezione per il livello assistenziale dimissioni protette**):
 - persone ultrasessantacinquenni con necessità di sostegno elevato ovvero in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della L. n. 104/1992, beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013;
 - persone anziane ultrasessantenni con accertamento della condizione di non autosufficienza ai sensi del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29;
 - persone disabili nonché con disabilità gravissima con accertamento della condizione di non autosufficienza ai sensi del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62;

DICHIARA ALTRESÌ

- ✓ di beneficiare di un Piano Personalizzato L.162/1998: SI NO
- ✓ di beneficiare del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente): SI NO
- ✓ di comunicare tempestivamente eventuali ricoveri in strutture ospedaliere, residenziali o hospice, consapevole che per un periodo fino a 30 giorni il progetto Ritornare a Casa in essere verrà sospeso e ripristinato con il rientro a domicilio del beneficiario, per un periodo superiore a 30 giorni il medesimo progetto verrà interrotto e sarà necessario presentare una nuova istanza;
- ✓ di voler beneficiare del contributo previsto per il caregiver familiare nella misura riconosciuta per ciascun livello assistenziale: SI NO
- ✓ di essere in possesso dell'attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità o di essere in procinto di richiederla (**si precisa che la mancata richiesta comporterà il mancato accesso alla misura**)

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 (**fatta eccezione per il livello assistenziale dimissioni protette**);
- Certificazione specialistica rilasciata da Enti pubblici convenzionati o liberi professionisti, avente data non superiore a 6 mesi al momento della presentazione dell'istanza, che riporti la diagnosi e il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia del paziente (**fatta eccezione per il livello assistenziale dimissioni protette**);
- Copia del verbale attestante la disabilità gravissima o la non autosufficienza o altra certificazione di cui all'art. 3 del DPCM 159/2013. È necessario allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la



copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile (**fatta eccezione per il livello assistenziale dimissioni protette**);

- Certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria (ospedali, RSA, e le altre strutture individuate come tali nell'ambito del servizio sanitario regionale) attestante la condizione di persone anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o di persona infrasessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio (**da esibire esclusivamente per il livello assistenziale dimissioni protette**);
- L'attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità (**la richiesta dell'Attestazione all'INPS è obbligatoria mentre l'esibizione della copia all'Ufficio Servizi Sociali è facoltativa**);
- La copia del documento di identità del beneficiario se diverso dal richiedente;
- Eventuale decreto di nomina tutore/ curatore /amministratore di sostegno del beneficiario.

Comune, _____

Firma _____

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.



COMUNE DI IGLESIAS
(Provincia Sud Sardegna)



DISTRETTO DI IGLESIAS
Comuni di Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore,
Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274401-422-428-434

Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla PEC: comune.buggerru@pec.it
Titolare del trattamento è il Comune di Buggerru con sede in Via Roma n.40_PEC: comune.buggerru@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 _____ e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome del richiedente (in stampatello)

Data **Firma del richiedente**



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