



**P.L.U.S.-Ambito Territoriale Distretto di Siniscola**

## **COMUNE DI SINISCOLA**

**Ufficio per la programmazione e la gestione associata dei servizi alla persona**

Modulo di Domanda “ **Ritornare a Casa Plus 2022**” (art 17.co.1 L.R. 11.05.2006 n° 4 – D.G.R. n°63/12 del 11.12.2020) **Livelli Assistenziali Primo–Secondo–Terzo**  
**Scadenza Domande: 15.11.2022**

**ALLEGATO 3**

*Comune di Siniscola  
 All'Ufficio di Pian del Distretto di Siniscola  
 Via Giuseppe  
 Verdi 08029 Siniscola (NU  
 )*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_.

E-Mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Beneficiario
- Amministratore di Sostegno-Tutore-Curatore
- Familiare di riferimento (indicare il grado di parentela)
- Persona delegata a proporre domanda in nome e per conto del beneficiario
- Altro

**(compilare solo se il beneficiario è diverso dal richiedente)**

del/la Sig./ra nato/aa \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

che il beneficiario

\_\_\_\_\_ necessita di interventi di natura soci  
alee sanitarie

- Ha una condizione di non autosufficienza, con totale perdita dell'autonomia, beneficiario dell'indennità di accompagnamento, o comunque rientra nella definizione della non autosufficienza ai sensi del DPCM n.159/2013 (Definizione ai fini ISEE della condizione di disabilità media, grave e di non autosufficienza), in ragione della quale sono state attivate o sono in corso di attivazione le cure domiciliari integrate o le cure palliative domiciliari, necessita di un livello assistenziale molto elevato per compiere tutte le attività quotidiane e di interventi di natura sociale e sanitari effettuabili a domicilio e si trova in una o più condizioni indicate nel punto 3 della deliberazione regionale n.63/12 del 11.12.2020 (Livello Assistenziale Primo Contributo);
- E' in presenza delle condizioni previste per l'accesso al Livello Assistenziale primo Contributo e necessita assistenziali sulle 16 h, con monitoraggio di carattere socio sanitario intenso. In presenza almeno di due funzioni vitali compromesse (Livello Assistenziale Secondo Contributo);
- E' in presenza delle condizioni previste per l'accesso al Livello Assistenziale Primo Contributo e necessita assistenziali sulle 24 h, con monitoraggio di carattere socio sanitario intenso. In presenza di almeno tre funzioni vitali compromesse di cui una relativa alla funzione respiratoria (Livello Assistenziale Terzo Contributo).
- Non beneficiario di un Piano Personalizzato L.162/1998;
- Rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del contributo "Ritorna a Casa PLUS 2021".

## CHIEDE

Di poter avere accesso al Programma “**Ritorna a Casa Plus 2022**” per Livelli Assistenziali Primo–Secondo–Terzo:

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

### Allegata alla fine la seguente documentazione:

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario;
2. Fotocopia della tessera sanitaria del richiedente e del destinatario;
3. ISEE socio sanitario 2021;
4. Decreto di nominatore/curatore/amministratore di sostegno del destinatario;
5. Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento dall'INPS o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013 (Definizione ai fini ISEE della condizione di disabilità media, grave e di non autosufficienza);
6. Certificazioni mediche specialistiche di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni sanitarie (schede ministeriali regionali in ragione delle patologie e condizioni di accesso) che riporti/no la diagnosi e il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia del paziente; (\*)
7. La Scheda di Valutazione Multidimensionale (da compilare, timbrare e firmare in tutte le sue parti curate dal medico di Medicina Generale o del medico specialista della patologia principale e della UVT);

(\*) In casi di:

- soggetti affetti da Neoplasia vienerichiesto 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 Multipla viene richiesta la scala di Valutazione EDSS. La scala deve essere accompagnata dalla descrizione clinica redatta da specialista pubblico o privato;
- soggetti affetti da grave stato di Demenza viene richiesta la scala CDRs con punteggio 5. La documentazione vienerilasciata da specialista pubblico o convenzionato (geriatra, neurologo etc) e deve riportare il quadro clinico dettagliato dal quale si evince che il paziente è completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente;
- soggetti affetti da patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia vienerichiestalascala CIRS a 14 item. Il punteggio della scala deve essere accompagnato dalla descrizione clinica per

ciascun ITEM preso in esame ed a documentazione clinica relativa alla patologia principale rilasciata da specialista di struttura pubblica o convenzionata. Il punteggio ottenuto utilizzando la scala CIRS deve essere definitivamente in considerazione delle regole generali di valutazione della gravità declinate nel "Manuale di linee guida per la valutazione della scala di morbilità ANQ versione 10/2013. La scheda CIRS può essere redatta dallo specialista della patologia principale, dal MMG o dall'UVT.

- soggetti con grave compromissione della funzione respiratoria, soggetti con grave compromissione della funzione nutrizionale, soggetti con grave compromissione dello stato di coscienza e che richiedono la scala CIRS oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato.
- soggetti con grave compromissione della funzione motoria e che richiedono la scala Barthel INDEX.

La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo del Comune di Siniscola ed in alternativa, spedita per posta elettronica all'Ufficio Pua del Distretto di Siniscola al seguente indirizzo email: [pua.comune.siniscola@gmail.com](mailto:pua.comune.siniscola@gmail.com)

**Si precisa che alla documentazione andranno allegati solo referti e certificazioni dei medici specialisti. Non si dovranno allegare radiografie, esami del sangue, prescrizioni di farmaci etc.**

#### **INFORMATIVA PRIVACY**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltred 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 dall'amministrazione procedente e competenze, 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 ai 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 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, i diritti 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, 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.

#### **MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a all'luce dell'informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali dell'amministrazione competente e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

-----