



Ispa 68

PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA

DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA

Provincia di Olbia-Tempio, ASL n. 2, Comuni di Tempio P., Aggius, Aglientu, Badesi, Bortigiadas, Calangianus, Luogosanto, Luras, e Trinità d'Agultu

Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS” (D.G.R. n. 63/12 DEL 11.12.2020)

Spett.le Plus Tempio Pausania

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ il
_____ cod.fisc. _____ residente a
_____ in via _____ n° _____ domiciliat_ a
(indicare solo se diverso da residenza) _____ in via
_____ n° _____
tel. e-mail.....

CHIEDE

la predisposizione di un piano personalizzato per l'accesso al Programma Regionale
“Ritornare a casa Plus” come:

- già beneficiario (indicare livello assistenziale in corso);
 nuovo beneficiario

per il/la sig.____ nat_ a _____
_____ il _____
cod.fisc. _____ residente a _____ in Via
_____ n° _____ domiciliat_ a (indicare solo se diverso da
residenza) _____ in via _____ n° _____

tel. _____ e-mail _____

in qualità di figura di riferimento (indicare di seguito la natura della relazione esistente):

.....

DICHIARA

- di non essere beneficiario di un piano cui alla Legge 162/98;
- di essere ultrasessantacinquenne;
- di essere beneficiario di un piano di cui alla L. 162/98 con punteggio della scheda salute superiore a 40;
- di dover rinunciare, in caso di attivazione degli interventi "Ritornare a casa Plus" al piano personalizzato legge 162/1998, se si trova in una delle suddette condizioni di incompatibilità;

Allega i seguenti documenti:

- certificazione ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159/2013 relativo all'anno corrente;
- verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 senza omissis (livello Base A);
- verbale UVT di eleggibilità all'inserimento in struttura in regime semiresidenziale/residenziale (livello base A);
- documentazione attestante l'impossibilità di accedere o rientrare in struttura a causa delle disposizioni normative legate all'emergenza Covid-19 rilasciata dalla struttura individuata (livello Base A);
- verbale indennità di accompagnamento senza omissis o altra certificazione attestante la condizione di non autosufficienza di cui all'allegato 3 del DPCM 159/2013 senza omissis (livello Base B);
- relazione clinica e scheda sanitaria prevista in ragione della patologia e condizione sanitaria di accesso rilasciate da specialista di struttura pubblica o privata accreditata;
- documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- informativa trattamento dati personali (art.13 del regolamento U.E. 2016/679);

INFORMA INOLTRE CHE

☛ che il MMG (Medico di Medicina Generale) o il PLS (Pediatra libera scelta) e il/la Dr./ssa _____ Tel. _____

ambulatorio a _____ in via _____

☛ altro: _____

Informativa Privacy

Si avvisa che l'informativa è pubblicata nel sito istituzionale e se ne può prendere visione tramite il

link:[http://www.comune.tempiopausania.ot.it/](http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133)

[index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133](http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133)

E disponibile in forma cartacea presso l'ufficio Servizi Sociali.

Chiunque ne volesse acquisire una copia cartacea può richiederla all'ufficio Servizi Sociali.

Firma