

OGGETTO: PROGETTO REGIONALE “RITORNARE A CASA”

(L.R. 4/2006 art. 17 comma 1)

RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO.**Al Comune di Gonnosnò
Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____, via/piazza _____ n.

Telefono/ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile)

Codice fiscale _____

In qualità di:

- Destinatario del piano
- Titolare della potestà genitoriale/Amministratore di sostegno/familiare (allegare copia del decreto di nomina in corso di validità)
- Familiare (indicare il grado di parentela) _____

CHIEDE

La predisposizione di un progetto personalizzato “Ritornare a casa” in favore:

- di se stesso;
- del proprio coniunto Signor / a

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____
residente in Gonnosnò , via/piazza _____ n.

domiciliato in Via/ Piazza _____ n. _____ (se diverso dalla residenza).

Telefono/ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile)

Codice fiscale _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76
del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente
conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri di cui all'art. 75 del citato
D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA**Che il nucleo familiare del destinatario del piano è così composto:**

N°	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			Richiedente
2			
3			

4			
5			
6			

Che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare è pari ad € _____, in base alla certificazione rilasciata da _____ in data _____.

A tal fine allega alla domanda:

- Fotocopia del documento di identità**, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente (obbligatoria);
- Certificazione ISEE**, rilasciata da un centro di assistenza fiscale (CAF), in corso di validità (obbligatoria);
- Certificazione specialistica** (per esempio certificati oncologici per i pazienti terminali, certificati della rianimazione per i pazienti ventilati, certificati internistici per la comorbilità, certificati neurologici per i pazienti affetti da SLA e Sclerosi Multipla e certificati completi di CDR per i pazienti con demenza) (obbligatoria);
- Scheda di valutazione multidimensionale** (con CIRS, Bernardini e Barthel compilata dal MMG dell'utente) (obbligatoria);
- Eventuale Fotocopia della certificazione** attestante la condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 rilasciata da _____ in data _____;
- Eventuale Fotocopia della certificazione** attestante la condizione di invalidità civile rilasciata da _____ in data _____;
- Altro** _____

Data _____

Il dichiarante _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo, e trasmessi alla ASL 5 e alla Regione Sardegna per la realizzazione dell'intervento richiesto.

Data _____

Il dichiarante _____