

Al Comune di _____

Ufficio Servizio Sociale

OGGETTO: Richiesta predisposizione Progetto Regionale "Ritornare a Casa PLUS" DGR 01/28 del 14.01.2026. Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime.

_ I _ sottoscritt _ _____ nat _ a _____
il _____ residente a _____ Via _____
_____ n° _____ Tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

In favore di _____ (rapporto di parente-
la _____) nat a _____ il _____ C.F. _____
_____ residente a _____
Via _____ n° _____ Tel. _____

La predisposizione del progetto "Ritornare a Casa PLUS", secondo le disposizioni approvate con deliberazione G.R. n° 49/32 dell'11.12.2024 dalla Regione Sardegna e di accedere ad una delle seguenti Linee di intervento:

- **Livello Assistenziale Base A (persone ultrasessantenni con necessità di sostegno elevato o molto elevato ai sensi dell'art. 3 della legge 104/92, beneficiari dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato3 del D.P.C.M. n. 159 del 2013);**
- **Livello Assistenziale Base B (persone in condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 09.2016);**
- **Livello assistenziale I- Contributo ordinario;**
- **Livello assistenziale II- Contributo Potenziamento due funzioni vitali compromesse;**
- **Livello assistenziale III- Contributo Potenziamento tre funzioni vitali compromesse;**
- **Rivalutazione passaggio livello assistenziale per aggravamento della condizione sanitaria.**

Allega alla presente la seguente documentazione:

- 1. Livello Assistenziale Base A (persone ultrasessantenni con necessità di sostegno elevato ovvero in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della legge 104/92, 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 D.P.C.M. n. 159 del 2013);**
 - Verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104;
 - Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
 - Certificazione medica rilasciata da specialista pubblico/ privato convenzionato/libero professionista e scheda ministeriale e regionale che attesti il grave stato di demenza con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRs)=3;

- Allegato 1 Dichiarazione di non essere beneficiari di un piano personalizzato l.162/98 ovvero di essere beneficiari di un piano personalizzato l.162/98 ultrassessantacinquenni e con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- attestazione ISEE 2026 prot. n. _____ del _____;
- fotocopia carta d'identità del richiedente e/o del beneficiario e tessera sanitaria;
- Copia decreto nomina Amministratore di sostegno o Tutore (eventuale);
- informativa privacy.

2. Livello Assistenziale Base B (persone in condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 09.2016);

- Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- Scheda di Valutazione multidimensionale con scala CIRS e scala Barthel Index (compilate dal medico di MMG);
- Certificazione medica rilasciata da specialista pubblico/ privato convenzionato/libero professionista e schede ministeriali e regionali in virtù della patologia e del requisito di accesso;
- Allegato 1 Dichiarazione di non essere beneficiari di un piano personalizzato l.162/98 ovvero di essere beneficiari di un piano personalizzato l.162/98 ultrassessantacinquenni e con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- Attestazione ISEE 2026 prot.n. _____ del _____;
- Fotocopia carta d'identità del richiedente e/o del beneficiario e tessera sanitaria;
- Copia decreto nomina Amministratore di sostegno o Tutore (eventuale);
- Informativa privacy.

3. Livello assistenziale I- Contributo ordinario;

Livello assistenziale II- Contributo Potenziamento due funzioni vitali compromesse;

Livello assistenziale III- Contributo Potenziamento tre funzioni vitali compromesse;

Rivalutazione passaggio livello assistenziale per aggravamento della condizione sanitaria.

- Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
- Scheda di Valutazione multidimensionale con scala CIRS e scala Barthel Index (compilate dal medico di MMG);
- Certificazione medica rilasciata da specialista pubblico/ privato convenzionato/libero professionista e schede ministeriali e regionali in virtù della patologia e del requisito di accesso;
- Allegato 1 Dichiarazione di non essere beneficiari di un piano personalizzato l.162/98;
- Attestazione ISEE 2026 prot.n. _____ del _____;
- Fotocopia carta d'identità del richiedente e/o del beneficiario e tessera sanitaria;
- Copia decreto nomina Amministratore di sostegno o Tutore (eventuale);
- Informativa privacy.

_____, li _____

Firma
