

Allegato 1 –

Progetto Regionale “ Ritornare a Casa PLUS ” DGR N. 1/28 del 14.01.2026 Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime.

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

in qualità di :

- beneficiario
- familiare
- amministratore di sostegno
- tutore di:

(*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

DICHIARA

- che la persona per la quale si richiede l'accesso ad una delle linee di intervento previste nella DGR 49/32 del 11.12.2024 è in condizione di disabilità ai sensi dell'art.3 della L.n.104/1992;
- che la persona per la quale si richiede l'accesso ad una delle linee di intervento previste nella D.G.R. 7/11 del 28.02.2023 è beneficiaria dell'indennità d'accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n.18, o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM

n. 159 del 2013;

- di non essere beneficiario di Piano Personalizzato L.162/98;
- di essere beneficiario di Piano Personalizzato L.162/98 e di essere disponibile a presentare una dichiarazione di rinuncia in caso di attivazione del progetto RAC;
- di essere beneficiario ultrassessantacinquenne di piano personalizzato ai sensi della L.162/98 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- di aver preso visione della normativa vigente e di essere consapevole che in caso di assegnazione del contributo assistenziale questo verrà sospeso in caso di ricovero in strutture ospedaliere, residenziali o hospice fino a 30 giorni, e verrà ripristinato con il rientro a domicilio del beneficiario;
- che il familiare o suo legale rappresentante si impegnano a dare tempestiva comunicazione del ricovero presso struttura all'ufficio di servizio sociale, fornendo possibilmente certificazione di dimissione. In caso di ricovero superiore ai 30 giorni si dovrà procedere a nuova valutazione ed eventuale riattivazione del progetto;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque variazione in caso di decesso, rinuncia, o altra modifica della situazione.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.Lgs n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs. dichiara di aver preso visione della normativa vigente DGR 7/11 del 28.02.2023 e relativo allegato contenente le Linee di Indirizzo Programma Rac PLUS e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Si allega copia di un documento d'identità del dichiarante