



Programma Locale Unitario dei Servizi  
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas



Comune di Osilo  
Ente Capofila



ATS Sardegna  
Azienda Tutela Salute



Provincia di Sassari

*Distretto Sanitario di Sassari*

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

*Spett.le Plus Anglona-Coros-Figulinas*

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:

nuovo beneficiario  già beneficiario (indicare livello assistenziale in corso) \_\_\_\_\_

per se stesso;

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 sua figura di riferimento (indicare di seguito la natura della relazione esistente): \_\_\_\_\_

**Allega i seguenti documenti:**

- certificazione ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159/2013 relativo all’anno corrente;
- dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio (vedi modulo retrostante);
- verbale di riconoscimento dell’handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 senza omissis (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;
- 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);
- 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);
- Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Ai sensi dell’art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.



Programma Locale Unitario dei Servizi  
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas



Comune di Osilo  
Ente Capofila



ATS Sardegna  
Azienda Tutela Salute



Provincia di Sassari

*Distretto Sanitario di Sassari*

**Programma Regionale “Ritornare a Casa PLUS”**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

**consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R N° 444 del 28 Dicembre 2000:**

DICHIARA

- rispetto alla propria situazione;
- rispetto alla situazione del sig. \_\_\_\_\_, destinatario del piano;
  - che la condizione economica equivalente corrisponde alla certificazione ISEE allegata;
  - che l’interessato, per quanto nelle proprie capacità e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate in merito alla presente domanda, alle informazioni in essa contenute e alla procedura prevista;
  - di essere a conoscenza:

1) dell’incompatibilità del programma “Ritornare a casa PLUS”, per i livelli assistenziali primo, secondo e terzo, con il programma di cui alla Legge 162/98;

2) dell’incompatibilità del programma “Ritornare a casa PLUS”, per i livelli assistenziali base A e base B con il programma di cui alla Legge 162/98, salvo che il beneficiario sia persona ultrasessantacinquenne, con punteggio nella 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 trovasi in una delle suddette condizioni di incompatibilità

• altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INFORMA INOLTRE CHE

• che il MMG (Medico di Medicina Generale) o il PLS (Pediatra libera scelta) è il/la Dr./ssa \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ ambulatorio a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

• altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)