**MODULO PER SOLE NUOVE ISTANZE**

**LIVELLO ASSISTENZIALE DIMISSIONI PROTETTE**

Al Comune di Tortoli

Ente capofila del Plus Ogliastra

Pec: protocollo@pec.comuneditortoli.it

Al Responsabile Servizi Sociali

 Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA RAC – PLUS LIVELLO ASSISTENZIALE DIMISSIONI PROTETTE (Delibera Giunta Regionale n° 7/11 DEL 28.02.2023).***

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

(cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

□ **CONIUGE □ FIGLIO □ TUTORE □ AMM.RE DI SOSTEGNO** **□ ALTRO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare)

Del/della Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_

(cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'articolo 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici.*

 **DICHIARA**

(barrare con una x la voce che interessa)

Che la persona per la quale si richiede l’accesso al contributo:

1. È residente nel Comune di ……………;
2. è in dimissione protetta dalla citata Unità Operativa di degenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che si trova nelle condizioni di:
3. [ ] persona anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità
4. [ ] persona infrasessantacinquenne non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità
5. [ ] non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio
6. [ ] senza dimora per il quale è consentito l’inserimento presso una struttura di accoglienza
7. [ ] di essere informato che è previsto un contributo regionale fino ad un massimo di € 1.500,00 attivabile una sola volta nel corso dell’annualità e rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione dell’ISEE.

**IL SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A**

* Sottoscrivere il piano personalizzato concordato con il Servizio Sociale del Comune di residenza;
* Garantire il rispetto degli impegni assunti nell'ambito del piano;
* Informare il Servizio Sociale del Comune di residenza, a pena di esclusione/interruzione del contributo, di ogni significativa variazione della situazione anagrafica, patrimoniale e di ogni altra condizione dichiarata al momento della presentazione della domanda, compresi i recapiti telefonici e postali.
* Informare il Servizio Sociale del Comune di residenza in caso di ricovero ospedaliero/strutture socio sanitarie.

**ALLEGA:**

* Dichiarazione I.S.E.E. (socio sanitario) in corso di validità
* Fotocopia del documento di identità del richiedente e del destinatario
* Decreto di nomina tutore/curatore/istante amministratore di sostegno o amministratore di sostegno del destinatario
* Allegato n. 3 informativa sul consenso informato
* Schede sanitarie di proposta di dimissione protetta (SVAMA, CIRS, BERNARDINI) da compilare a cura della Unità Operativa di degenza di dimissione
* SVAMA sociale a cura del Servizio sociale del Comune di residenza
* Certificazione di dimissione protetta redatta dal dirigente medico della Unità Operativa di dimissione della persona

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_