



Amministrazione destinataria

Comune di Tonara

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Modulo di domanda "ritornare a casa plus per Livello Assistenziale Primo – Secondo – Terzo

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata solo se il dichiarante non è la persona fisica)

Ruolo

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### DICHIARA

che il/la Signor/Signora

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

- non beneficia di un Piano Personalizzato Legge 162/1998
- rinuncerà al Piano Personalizzato Legge 162/1998, in caso di riconoscimento del contributo "Ritornare a Casa PLUS" Livello Assistenziale Primo – Secondo – Terzo
- beneficia del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente)
- non beneficia del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente)

## CHIEDE

accesso al Programma "Ritornare a Casa Plus" Livello Assistenziale Primo – Secondo – Terzo

- 1° annualità
- di utilizzare, in caso di esito positivo dell'istanza, 1/3 del contributo ordinario per la fornitura diretta di cura da parte del Caregiver
- un cambio di livello del Progetto già in essere

### Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- scheda di Valutazione Multidimensionale  
*(da compilare, timbrare e firmare in tutte le sue parti a cura del Medico di Medicina Generale o del medico specialista della patologia principale o della UVT)*
- certificazione/i degli specialisti della struttura pubblica che riporti/no la diagnosi e il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia del paziente; (1) Le certificazioni dovranno essere state prodotte negli ultimi sei mesi a partire dalla data di presentazione dell'istanza.
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento d'identità del richiedente e del beneficiario  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159/2013
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Tonara

Luogo

Data

Il dichiarante