



Servizio Politiche Sociali e Salute

**Al Comune di Cagliari
Ufficio Politiche Sociali
Cagliari**

OGGETTO : PROGETTO PERSONALIZZATO RELATIVO AL PROGRAMMA RITORNARE A CASA
(Delib.G.R. n. 70/13 del 29.12.2016)

Il/Lasottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
(cod.fiscale _____) telefono _____

In qualità di : **CONIUGE** **FIGLIO** **TUTORE** **AMM.RE DI SOSTEGNO**
 ALTRO _____ (specificare)

del /della Sig./ra _____ nato/a _____
il _____ residente a Cagliari in Via / P.zza _____ n. _____
(cod.fiscale _____)

CHIEDE

➤ di poter **attivare** o **rivalutare** un progetto "Ritornare a casa " per i seguenti livelli assistenziali:

- A) 1^ annualità ;
- B) rivalutazione del progetto ;
- C) contributo potenziamento assistenza ;
- D) contributo disabilità gravissime/caregiver persone con disabilità gravissime titolari dell' indennità di accompagnamento (Legge 18/80) o ricadere nella condizione di non autosufficienza (allegato 3 D.P.C.M. n.159/2013)

data _____

FIRMA _____

Documenti da allegare :

- Certificazione ISEE socio sanitario del beneficiario di cui al D.P.C.M. 159/ 13;
- Copia del documento d' identità e del codice fiscale del richiedente;
- Copia del decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- Richiesta di valutazione multidimensionale;
- Certificazione del riconoscimento dell' indennità di accompagnamento o la dichiarazione della condizione di non autosufficienza ai sensi dell' allegato 3 del D.P.C.M. 159/ 13;
- **Certificazioni sanitarie come indicato nel vademecum (allegati A – B – C)**

Il sottoscritto dichiara inoltre di consentire al trattamento dei dati personali e di essere informato, ai sensi dell' art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30/07/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cagliari, _____

Il Richiedente
