

**MODULO PER SOLE NUOVE ISTANZE**  
**LIVELLO ASSISTENZIALE DIMISSIONI PROTETTE**

Al Comune di Tortolì  
Ente capofila del Plus Ogliastra  
Pec: [protocollo@pec.comuneditortoli.it](mailto: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 \_\_\_\_\_