



PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA

DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA

Provincia di Olbia-Tempio, ASL n. 2, Comuni di Tempio P., Aggius, Aglientu,
Badesi, Bortigiadas, Calangianus, Luogosanto, Luras, e Trinità d'Agultu

Al Comune di Tempio Pausania
Settore Servizi alla Persona e alle Imprese
Servizi Sociali – Ufficio di Piano
Ambito PLUS Tempio Pausania
Piazza Gallura 3
07029 – Tempio P.(SS)

Oggetto: Richiesta accesso programma di interventi denominato “PAI integrato persone anziane inserite in cure domiciliari integrate” – Anno 2018.

Il/la sottoscritt _____

Nat_ a _____ Prov (_____) il _____

Residente a _____ in via _____

Recapito telefonico _____

E – Mail _____

In qualità di _____

CHIEDE

di poter accedere al programma in oggetto

Per sé medesimo;

Per il sig./la sig.ra:

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov. (_____) il _____

residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____

A tal fine, dichiara che la persona per la quale viene richiesto l'accesso al programma in oggetto si trova nella seguente condizione:

persona maggiore di 65 anni, inserita in cure domiciliari integrate, beneficiaria di progetto “Ritornare a casa” in corso di attuazione nell'anno 2018.

In particolare, la persona per la quale si chiede l'accesso al programma:

1. è inserita in cure domiciliari integrate:

ADI 1° livello dal _____

ADI 2° livello dal _____

ADI 3° livello dal _____

2. è beneficiaria di progetto Ritornare a casa secondo il seguente criterio d'accesso: <input type="checkbox"/> Dimesso/a da struttura residenziale a carattere sociale e/o sociosanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi; <input type="checkbox"/> Nella fase terminale della vita, clinicamente documentabile, a seguito di una malattia neoplastica; <input type="checkbox"/> Con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs con punteggio 5; <input type="checkbox"/> Con patologia non reversibile (degenerativa e non degenerativa con altissimo grado di disabilità); <input type="checkbox"/> Con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia valutata sulla base della scala CIRS a 14 item, con indice di severità uguale o maggiore di 3, di cui la patologia principale con punteggio pari a 5;	RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESIDENZA
	Visto, si conferma il contenuto della dichiarazione resa in ordine al criterio d'accesso al progetto Ritornare a casa. Il Responsabile del Servizio _____

3. è beneficiaria di progetto Ritornare a casa: <input type="checkbox"/> approvato in sede di UVT in data _____; <input type="checkbox"/> attivato dal comune in data _____; <input type="checkbox"/> con scadenza in data _____.	RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESIDENZA
	Visto, si conferma il contenuto della dichiarazione resa in ordine alle date di approvazione, attivazione e scadenza del progetto Ritornare a casa. Il Responsabile del Servizio _____

ha un Isee pari a € _____;

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti sono obbligatori e saranno trattati anche con strumenti informatici solo ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ai sensi del D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii artt. 10 e 13.

Allega i seguenti documenti:

1. Fotocopia del documento d'identità;
2. Attestazione ISEE ai sensi del DPCM n. 159/2013.

Luogo e data

_____, _____

In fede
