



COMUNE DI SENNORI

PROVINCIA DI SASSARI

AREA SOCIALE

- PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98 -
- ANNO 2019 -

Protocollo comunale

Firma

(barrare la casella interessata)

NUOVO PIANO

RINNOVO

Al Responsabile
dell'Area Sociale
Comune di Sennori
Via B. Sassari, 13
07036 SENNORI

OGGETTO: Richiesta predisposizione piano personalizzato ai sensi della L. n. 162/98. Anno finanziario 2018 - attivazione 2019.

Il/La sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il ___/___/___ residente a Sennori in Via/Piazza

_____ n. _____ C.F. _____

Tel. _____ Cell. _____

Mail _____

In qualità di

- destinatario del piano
- incaricato della tutela (*allegare decreto*)
- titolare della responsabilità genitoriale (*allegare decreto*)
- Amministratore di Sostegno della persona destinataria del piano (*allegare decreto*)
- Altro familiare (indicare grado di parentela) _____ in possesso di delega da parte del destinatario (*allegare delega*)

CHIEDE

Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della L.162/98

- in proprio favore
- in favore di

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il ___/___/___ residente a Sennori in Via/Piazza

_____ n. _____ C.F. _____

Tel. _____ Cell. _____

Mail _____

a tal fine allega alla presente la seguente documentazione:

1. Delega Mod. All. 1) (*da compilare solo nel caso in cui la domanda venga presentata da un familiare o altro referente*);
2. Copia del documento di identità valido del beneficiario e del tutore o amministratore di sostegno o del delegato dal richiedente;

3. Allegato B) Scheda Salute - compilata dal medico di medicina generale, dal pediatra, o dal medico specialista che ha in cura la persona timbrata e datata 2019.
4. Allegato D) - Autocertificazione redditi esenti IRPEF compilata e sottoscritta dal destinatario del piano (o dall'incaricato della tutela o dal titolare della patria potestà o dall'amministratore di sostegno o dal delegato dal beneficiario) attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2018;
5. Copia del certificato della Commissione Medico Legale attestante la condizione di Handicap Grave ai sensi della L. 104/92 Art. 3 Co. 3°;

oppure

6. Dichiarazione della Competente Commissione che ha visitato la persona con disabilità attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'Art. 3, Co. 3, della L.104/92 (solo nei casi in cui la visita sia stata effettuata entro il 31.12.2018 e la relativa certificazione definitiva non sia stata ancora rilasciata);
7. Attestazione ISEE per prestazioni Sociosanitarie 2019, rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente (CAF);
8. Dichiarazione riscossione rimborsi Mod. Allegato 2);
9. Mod. Informativa Privacy datato e sottoscritto Mod. Allegato 3)

Allega inoltre

- Fotocopia del decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno in corso di validità;
- Autocertificazione da cui risulti l'affidamento esclusivo di un minore (solo nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore);
- Delega per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da altro genitore (solo in caso di genitori separati o divorziati qualora si tratti di affidamento congiunto);
- Documentazione aggiornata attestante eventuali situazioni di gravi patologie riferite ad altro familiare convivente (solo se in possesso di verbale di invalidità 100%);
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruito.
- Mod. Allegato 4) compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Pediatra, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età, a altra certificazione attestante il medesimo stato.

Seniori _____

Firma _____

N.B. Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in stampatello, in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione richiesta dal caso. La mancata compilazione, anche parziale, del modulo, o la mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l'esclusione della domanda.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
(Art. 46 e 47 del D. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il ___/___/___ residente a Sennori in Via/Piazza

_____ n. _____ C.F. _____

Tel. _____ Cell. _____

In qualità di:

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della responsabilità genitoriale
- Amministratore di Sostegno della persona destinataria del piano
- Altro familiare (indicare grado di parentela) _____ in possesso di delega da parte del destinatario

(da compilare solo se **non** destinatario del piano)

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il ___/___/___ residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi:

DICHIARA

a) che la composizione anagrafica del nucleo familiare del destinatario è la seguente:

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Residenza

N.B. Riportare eventuali differenze tra la composizione *di fatto* del nucleo familiare e la composizione anagrafica _____

b) di aver preso visione del bando e di averlo compreso in ogni sua parte;

c) che il richiedente a conoscenza del fatto che chi beneficia dell'intervento L.162/98 non può assumere alle proprie dipendenze i parenti obbligati agli elementi ai sensi dell'art. 433 del C.C.

d) altro _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data) _____

Firma
