

AREA SOCIALE

- PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98 - ANNO 2022 -

(barrare la casella interessata)

NUOVO PIANO □ RINNOVO □

Alla Responsabile dell'Area Sociale Comune di Sennori

OGGETTO: Richiesta predisposizione piano personalizzato ai sensi della L. n.162/98. Anno finanziario 2021/attivazione 2022 (sub conditione)

II/La sottoscritto/a Nome		Cognome	
nato a	il	,residente a Sennori in Via/Piazza	
	n	C.F	
TelMail			

In qualità di

- ☐ Destinatario del piano
- ☐ Titolare/i della responsabilità genitoriale
- ☐ Amministratore di Sostegno o incaricato della tutela della persona destinataria del piano

(Allegare decreto)

☐ Altro familiare in possesso di delega da parte del destinatario <u>solo se il destinatario del piano</u> <u>non sia stato riconosciuto</u> incapace/interdetto. (**Allegare delega**)

CHIEDE

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

• in proprio favore

• in favore di			
Nome		Cognome	
nato a	<u>il</u>	residente a SeC.F//////////	ennori in Via/Piazza
Tel	Mail		
		DICHIARA	
2000 per i casi dich	iarazioni non veritie	amate dall'art. 76 del D.P.R. 445 de re, di formazione o uso di atti falsi: el nucleo familiare del destinatario è	
	-		Residenza
Nome	e Cognome	Luogo e data di nascita	Residenza
a) di aver preso vis • che il richiedo	rafica: ione del bando e di a ente è a conoscenza nere alle proprie dip	verlo compreso in ogni sua parte; del fatto che chi beneficia dell'intervendenze i parenti obbligati agli ali	vento L.162/98
	ato attestante la cond il	dizione di Handicap Grave ai sensi de è permanent	
		DICHIARA	
Che la persona des	tinataria del piano ha	percepito nell'anno 2021 i seguenti en	nolumenti:
Pensione Invalid	lità civile	Importo annuale€	
• Indennità di fre	quenza	Importo annuale €	

Indennità di accompagnamento	Importo annuale €		
Assegno sociale	Importo annuale €		
Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale €		
ndennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale €		
Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari cat	tegorie di cittadini:		
- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, emofilici ed			
emolinfopatici maligni	Importo annuale €		
L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale €		
 L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche 	Importo annuale €		
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale €		
Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale €		
Altro (specificare)	Importo annuale €		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ	vi ai sensi della Legge 104/92 SI NO		
Totale annuo €	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento per disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, n	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento pi disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, n nulla a pretendere; CHIEDE Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 vengano corri Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, av	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive nel caso di mancato finanziamento non avrà isposti con accreditamento su Conto Corrente		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento p disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, n nulla a pretendere; CHIEDE Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 vengano corri	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive nel caso di mancato finanziamento non avrà isposti con accreditamento su Conto Corrente		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento pi disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, n nulla a pretendere; CHIEDE Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 vengano corri Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, av IBAN	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive nel caso di mancato finanziamento non avrà isposti con accreditamento su Conto Corrente		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento pi disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, n nulla a pretendere; CHIEDE Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 vengano corri Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, av	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive nel caso di mancato finanziamento non avrà isposti con accreditamento su Conto Corrente vente il seguente IBAN:		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento pi disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, n nulla a pretendere; CHIEDE Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 vengano corri Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, av IBAN (da compilare se presente cointestatario) NomeCognome nato aiiresidente a	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive nel caso di mancato finanziamento non avrà isposti con accreditamento su Conto Corrente vente il seguente IBAN:		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativo Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento pi disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, no nulla a pretendere; CHIEDE Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 vengano corri Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, and IBAN (da compilare se presente cointestatario) NomeCognome nato aiiresidente au Via/PiazzaTel	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive nel caso di mancato finanziamento non avrà isposti con accreditamento su Conto Corrente vente il seguente IBAN:		
Totale annuo € Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativ Dichiara di essere consapevole che l'ammissione a finanziamento pi disponibilità di bilancio relative al capitolo corrispondente e che, n nulla a pretendere; CHIEDE Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 vengano corri Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, av IBAN (da compilare se presente cointestatario) NomeCognome nato ailresidente a	per l'anno 2022 è condizionato alle effettive nel caso di mancato finanziamento non avrà isposti con accreditamento su Conto Corrente vente il seguente IBAN:		

Allega alla presente la seguente documentazione:

- **Delega** Mod. All. 1) (da compilare solo nel caso in cui la domanda venga presentata da un familiare o altro referente);
- Copia del documento di identità valido del beneficiario e del tutore o amministratore di sostegno o del delegato dal richiedente;
- Copia del Codice Fiscale /tessera sanitaria;
- Allegato B) Scheda Salute compilata dal medico di medicina generale, dal pediatra, o dal medico specialista
 che ha in cura la persona nell'anno in corso; (obbligatoria solo per i nuovi piani o in caso di aggravamento);
- Copia del Certificato della Commissione Medico Legale attestante la condizione di Handicap Grave ai sensi della L. 104/92 Art. 3 Co. 3° (obbligatoria solo per i nuovi piani o in caso di certificazioni NON permanenti);
- Attestazione ISEE per Prestazioni Sociosanitarie 2022, rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente (CAF);
- Fotocopia del decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno in corso di validità (solo nel caso di persone tutelate o amministrate);
- 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 esclusivo);
- Documentazione aggiornata attestante eventuali situazioni di gravi patologie riferite ad altro familiare convivente (solo se il familiare convivente è in possesso di verbale di invalidità 100%);
- 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, o altra certificazione attestante il medesimo stato.

Luogo e data	Firma	
	Firma	
(In caso di minori è necessar	i ala firma di entrambi i genitori)	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	nato/a che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, i dati perso ci, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale l	
Luogo e data	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.