

SPETT.LE COMUNE DI PAULI ARBAREI
ALLA RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE
VIA GIOVANNI 23° N.6
09020 PAULI ARBAREI (SU)

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA ORE 13:00 DEL 07 APRILE 2023

OGGETTO: LEGGE N. 162 DEL 21 MAGGIO 1998. PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DELLE PERSONE CON GRAVE DISABILITÀ. ANNO 2022/GESTIONE 2023 - PERIODO MAGGIO/DICEMBRE. RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO.

Il/La sottoscritt..... nato/a ail
Residente a in vian°.....
Tel./cell. n°.....
e-mail:
Codice Fiscale...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

- ☐ Destinatario del piano ☐ Titolare della potestà genitoriale ☐ Incaricato della tutela
☐ Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina in corso di validità)
☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela).....

CHIEDE

che venga predisposto un piano individualizzato a favore di:

- ☐ se medesimo
☐ proprio congiunto

indicare cognome e nome.....

nato/ail e residente in Pauli Arbarei

Via/vico..... (..... - indicare il grado di parentela)

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., 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'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000;

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- ☐ Che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 alla data del;
- ☐ Che l'handicap grave è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età:
SI ☐ NO ☐
- ☐ Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N°	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			Richiedente
2			
3			
4			
5			
6			

- ☐ Che nel corso dell'anno 2021 ha usufruito dei seguenti servizi (non vanno indicati : l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati provatamente e interamente dalle famiglie:

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			

Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFASS, Alzheimer, ecc)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi			

- ☐ Che il/la sig. _____ in qualità di familiare convivente ha fruito nell'anno 2022 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92, come da autocertificazione allegata.
- ☐ Che nessun familiare convivente ha fruito nell'anno 2022 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92.
- ☐ Di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.
- ☐ Di aver preso visione dell'informativa trattamento dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR " Regolamento UE 2016/679".

Allega alla presente:

- ☐ Copia del documento in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano.
- ☐ Copia del verbale di certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3.
- ☐ Scheda Salute, allegato B, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità. Eventuali costi sono a carico del richiedente.
- ☐ Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità.
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, allegato D.
- ☐ Certificazione ISEE Anno 2023.

(luogo e data) _____

Firma del/la Richiedente _____

COMPILARE IN CASO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....il..... Residente ain via.....n°..... Tel./cell. n°..... e-mail: Codice Fiscale... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					DELEGA
Il familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): _____ Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____ Alla presentazione della documentazione necessaria per la predisposizione del piano personalizzato L. 162/98, anno 2022/gestione 2023, alla compilazione della scheda allegato C e a qualsiasi altra documentazione necessaria per l'avvio del piano.																					
IL DICHIARANTE Firma _____ Allegare documento d'identità del delegante e del delegato.																					