

# Scadenza ore 13:00 del 08 marzo 2019

DOMANDA DI PRESENTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98  
ANNO 2019

All'Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di NURAGUS

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ (recapito telefonico indispensabile).  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- Destinatario del piano  familiare delegato  Genitore  Tutore  Amministratore di sostegno

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano personalizzato di intervento ai sensi della Legge 162/98 in favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in Nuragus \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000**

1) di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze

2) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

3) di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione che può incidere sulla predisposizione e/o realizzazione del piano.

4) si autorizza, inoltre:

- l'invio all'indirizzo del beneficiario di ogni comunicazione relativa al procedimento del piano personalizzato in questione e di impegnarsi alla immediata comunicazione del cambio di indirizzo;
- l'accredito del contributo sul proprio conto corrente bancario o postale o sulla propria carta prepagata con il seguente Codice IBAN:

-	PAESE	CIN EU	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

# Scadenza ore 13:00 del 08 marzo 2019

## DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Fotocopia della certificazione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992, posseduta alla data del 31.12.2018, oppure che hanno effettuato la visita entro il 31.12.2018 e la certificazione definitiva sarà rilasciata successivamente a tale data;
2. la scheda salute - **allegato B**) compilata e firmata dal medico di medicina generale;
3. l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per prestazioni socio sanitarie.
4. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà riguardante gli emolumenti percepiti e non soggetti a IRPEF (**allegato D**);
5. Eventuale Delega alla gestione del piano personalizzato (**allegato E**);
6. Fotocopia di un documento di identità (in corso di validità);
7. Fotocopia codice fiscale del destinatario del piano e del richiedente;
8. Eventuale fotocopia del Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno rilasciato dal competente Tribunale.
9. Eventuale verbale attestante l'invalidità di altri componenti il nucleo familiare
10. Eventuale certificazione attestante la fruizione dei familiari conviventi del disabile di permessi lavorativi retribuiti concessi ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali fruiti nell'anno 2018.
11. Altro \_\_\_\_\_

Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente **compilato in ogni sua parte, sottoscritto** e corredato di **tutta** la documentazione sopra elencata.

Successivamente alla presentazione dell'istanza, verificata la presenza dei requisiti sarà predisposta la scheda sociale, **allegato C**), compilata dall'assistente sociale del comune in collaborazione con l'utente e/o la sua famiglia;

Nel caso di utente impossibilitato a firmare dovrà essere resa **sotto la responsabilità del familiare**, la dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (Art. 4 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Scegliere la prestazione che interessa (barrando la lettera):

- a) servizio educativo (esclusivamente per gli utenti con età inferiore ai 65 anni)
- b) assistenza personale e/o domiciliare;
- c) accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.1.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- d) soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- e) attività sportiva e/o di socializzazione (esclusivamente per gli utenti con età inferiore ai 65 anni)

Nuragus lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_