



COMUNE DI SENEGHE

PROVINCIA DI ORISTANO

Piazza Giovanni Antonio Deriu, 1 - Telef. 0783-548012-548013 - FAX 51652 - P.I. 00070890959

Area Servizi alla persona Servizio Sociale

All'Ufficio **SERVIZI SOCIALI** del Comune di Seneghe
Piazza Deriu, 1 - 09070 Seneghe
protocollo.seneghe@legalmail.it

OGGETTO: L. 162/98 – annualità 2020/gestione 2021 – Richiesta predisposizione Piano Personalizzato a favore di persone con disabilità grave riconosciuta ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3.

I sottoscritt_ _____
nat_ a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
residente a _____, prov. _____,
in via _____ n° _____
Telefono/cellulare _____ C.F. _____

CHIEDE

RINNOVO

NUOVA ATTIVAZIONE

del piano personalizzato ai sensi della L.162/98

in suo favore

oppure

in favore di (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
Residente a SENEGHE, Prov. OR, in via _____ n° _____
Telefono/cellulare _____ C.F. _____

In qualità di:

familiare referente

titolare della responsabilità genitoriale

incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno (allegare decreto di nomina del tribunale)

A tal fine, **DICHIARA**

Di essere in possesso alla data del 31/03/2021 della certificazione attestante lo stato di disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 in corso di validità, rilasciato dall'ASSL o dall'Inps o, in caso di ricorso vinto, il decreto rilasciato dal Tribunale

oppure

Di possedere la dichiarazione della Competente Commissione di valutazione dello stato di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3, della L.104/1992, attestante di aver effettuato la visita entro il 31/03/2021 e per la quale non è ancora rilasciata la relativa certificazione definitiva

Di essere in possesso dell'attestazione ISEE socio-sanitario 2021 o, nelle more del rilascio della stessa da parte dell'INPS, di aver presentato regolare DSU

Di aver correttamente compilato la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato D) redatta sull'apposito modulo e riferita agli emolumenti percepiti nell'anno 2020

Di essere in possesso della Scheda salute compilata, sottoscritta e timbrata dal MMG di riferimento
oppure
 Di voler rinunciare all'aggiornamento della scheda salute ed utilizzare la scheda salute del precedente progetto (solo per i rinnovi)

Di essere consapevole che sarà convocato dal Servizio Sociale del Comune per la predisposizione della scheda sociale e di voler essere contattato, al fine di ricevere un appuntamento telefonico, al seguente numero _____ e/o indirizzo mail _____

Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000

Di aver preso visione dell'avviso pubblico e della Delibera Regionale n.64/18 del 18/12/2020

Di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati in calce all'avviso pubblico

altro _____

ALLEGA (barrare le caselle)

Fotocopia di un documento di identità e Codice Fiscale in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso (OBBLIGATORIO);

Copia dell'attestazione ISEE socio-sanitario 2021 o, nelle more del rilascio della stessa da parte dell'INPS, copia della DSU (OBBLIGATORIO);

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato D) redatta sull'apposito modulo e riferita agli emolumenti percepiti nell'anno 2020 (OBBLIGATORIO);

Copia del riconoscimento dell'handicap grave sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 in corso di validità, rilasciato dall'ASSL o dall'Inps o, in caso di ricorso vinto, il decreto rilasciato dal Tribunale; (OBBLIGATORIO SOLO PER LE REVISIONI E I NUOVI PROGETTI);

Scheda salute redatta dal medico di famiglia sull'apposito modulo (OBBLIGATORIO PER I NUOVI PROGETTI e FACOLTATIVO PER I RINNOVI).

Seneghe, lì _____

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
Nato/a a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____
Residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in via _____
Codice Fiscale: _____ E-mail _____ (indirizzo)

In qualità di: (BARRARE CON UNA CROCE)

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno amministratore di sostegno
- familiare referente

della persona destinataria del piano:

Cognome _____ Nome _____

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

che la persona destinataria del piano ha percepito **nell'anno 2020** i seguenti emolumenti:

	IMPORTO ANNUALE
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare) _____	

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ (luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno
