



# COMUNE DI SENEGHE

PROVINCIA DI ORISTANO

AREA AMMINISTRATIVA E SOCIALE - Ufficio Servizi Sociali - [sociale@comune.seneghe.or.it](mailto:sociale@comune.seneghe.or.it)

All'Ufficio SERVIZI SOCIALI del Comune di Seneghe  
[protocollo.seneghe@legalmail.it](mailto:protocollo.seneghe@legalmail.it)

## MODULO RICHIESTA NUOVI PIANI L.162/98. ANNO 2024

### DATI DEL RICHIEDENTE

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a SENEGHE in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'ATTIVAZIONE PER L'ANNO 2024

di un NUOVO piano personalizzato L.162/98 a favore di:

### DATI DEL DISABILE BENEFICIARIO

**se medesimo**

*oppure*

**altra persona** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a SENEGHE in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

familiare referente

titolare della responsabilità genitoriale

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

### DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- di essere in possesso del riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3;
- di aver fatto compilare al proprio Medico la SCHEDA SALUTE;
- di voler essere convocato dall'Assistente Sociale Comunale per la predisposizione della SCHEDA SOCIALE al seguente numero \_\_\_\_\_
- che la persona DISABILE BENEFICIARIA del piano ha percepito **nell'anno 2023** i seguenti **EMOLUMENTI**:

<b>TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO</b>	<b>IMPORTO ANNUALE</b>
<b>NESSUNO</b>	
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 a favore di:	
- L.R. n. 27/83 – talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni.	
- L.R. n. 11/85 – nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 - persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare) _____	

che la persona **DISABILE BENEFICIARIA** del piano ha **USUFRUITO nell'anno 2023** dei seguenti **SERVIZI** (nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie):

<b>Servizio fruito</b>	<b>Soggetto erogatore</b>	<b>n. ore settimanali</b>	<b>n. settimane annuali</b>
NESSUNO			
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata ASL			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

che il disabile beneficiario o un familiare/parente convivente ha fruito di ore di permesso dal lavoro previste dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per assistenza alla persona con disabilità, per un totale riferito all'anno 2022 per n. giorni \_\_\_\_\_ di n. ore \_\_\_\_\_ ciascun giorno.

di scegliere come modalità di pagamento del rimborso dovuto in casi di attivazione del piano, una delle seguenti opzioni: (barrare la scelta):

Bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al beneficiario - **ALLEGARE FOTOCOPIA DELL'IBAN CON INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE** (scelta consigliata);

Quietanza diretta in denaro contante intestata al beneficiario del piano da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe;

Quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_ da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe (allegare carta d'identità del delegante e delegato);

Di aver preso visione dell'avviso pubblico L.162/98 del Comune di Seneghe e la relativa informativa al trattamento dei dati personali;

#### **ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE**

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

Fotocopia del verbale di riconoscimento **L.104/92 art.3 comma3**;

Attestazione **ISEE socio-sanitario 2024**;

**SCHEDA SALUTE** compilata dal Medico.

Seneghe, lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_