



COMUNE DI SENEGHE

PROVINCIA DI ORISTANO

AREA AMMINISTRATIVA E SOCIALE - Ufficio Servizi Sociali - sociale@comune.seneghe.or.it

All'Ufficio SERVIZI SOCIALI del Comune di Seneghe
protocollo.seneghe@legalmail.it

MODULO RINNOVO PIANI L.162/98. ANNO 2024

DATI DEL RICHIEDENTE

l sottoscritt_ _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente a SENEGHE in via _____ n° _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

telefono _____ email _____

CHIEDE IL RINNOVO PER L'ANNO 2024

del 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)

che la persona DISABILE BENEFICIARIA del piano ha percepito **nell'anno 2023** i seguenti **EMOLUMENTI**:

| TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO | IMPORTO ANNUALE |
|---|-----------------|
| NESSUNO | |
| 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)_____ | |

X Relativamente alla **SCHEDA SALUTE DICHIARA** (barrare una delle due caselle):

Di **VOLER MANTENERE** la SCHEDA SALUTE del precedente progetto in quanto la condizione sanitaria è invariata.

Oppure

Di **VOLER MODIFICARE** la SCHEDA SALUTE del precedente progetto in quanto la condizione sanitaria si è aggravata e pertanto si allega la nuova scheda salute compilata da medico.

X Relativamente alla **SCHEDA SOCIALE DICHIARA** (barrare una delle due caselle):

Di **VOLER MANTENERE** la SCHEDA SOCIALE del precedente progetto in quanto la condizione sociale è invariata.

Oppure

Di **VOLER MODIFICARE** la SCHEDA SOCIALE del precedente progetto e a tal fine chiede di essere contattato dall'Assistente Sociale del Comune al seguente numero _____ o mail _____

DICHIARA, inoltre

Di confermare le modalità di pagamento dei rimborsi del precedente progetto.

Oppure

Di scegliere la seguente nuova modalità di pagamento dei rimborsi dovuti dovuto (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).

X Di aver preso visione dell'avviso pubblico del Comune di Seneghe

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

ALLEGA:

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

ISEE socio-sanitario 2024 (OBBLIGATORIO);

altri documenti se necessari

Seneghe, lì _____

IL DICHIARANTE
